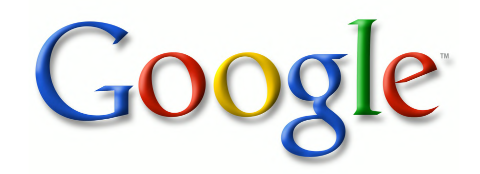


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

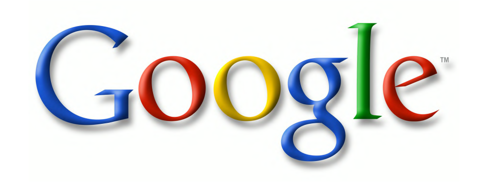
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

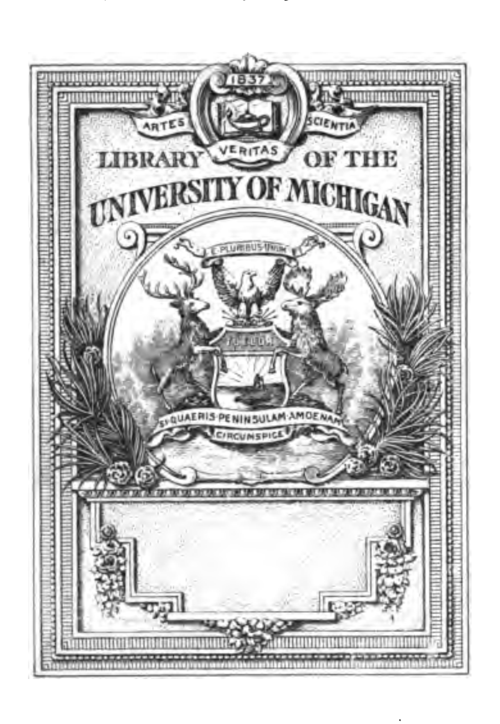
Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

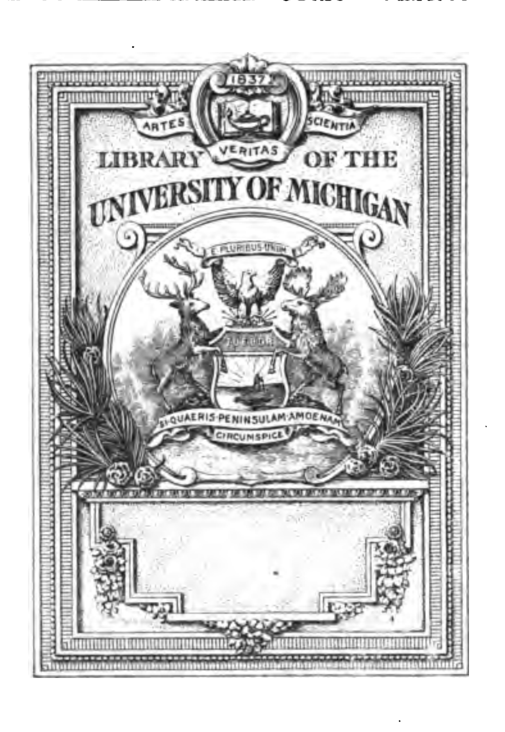
À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

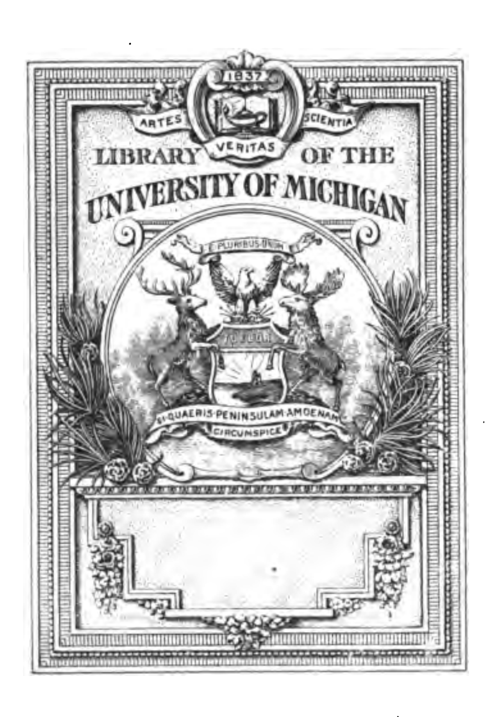

A 3 9015 00385 966 0
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

610.5
Ab71
G3


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

610.5
Ab71
G3


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

610.5
Ab71
G3



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

8.me ANNÉE. — TOME XXIII.

A PARIS,

CHEZ { BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4; MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1830.

11,701

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux Archives, ou se sont engagés à en fournir, sont MM. : Adelon, profess. à la Fac. de Méd.; Andral fils, prof. à la Fac.; Bainnes, prof. de phys. : Béclard, prof. à la Fac. : Blache, D.-M. : Biett, méd. de l'hôpital Saint-Louis : Billard, D. M. : Blandin, chir. du Bureau cent. des hôpit. : Bouillaud, D.-M. : Bousquet, memb. de l'Acad. : Breschet, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu : Bricheteau, memb. de l'Acad. : Chomel, prof. à la Fac. : J. Cloquet, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. Cloquet, memb. de l'Ac. : Coster, D.-M. : Coutanceau, méd. du Val-de-Grâce : Cruveilhier, professeur à la Fac. : Cullerier, chir. de l'hôp. des Vénér. : Dance, agrégé à la Fac. : Defermon, D.-M. : Desmoulins, D.-M. : Desormeaux, prof. à la Fac. : Dezeimeris : P. Dubois, chir. de la Maison de Santé : Dudan, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg : Dumeril, memb. de l'Inst.; Dupuytren, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu; Edwards, D.-M. : Esquirol, méd. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton : Ferrus, méd. de Bicêtre : Flourens, D.-M. : Fodera, D.-M. : Fouquier, prof. à la Fac. : Genest, D. M., chef de clin. à l'Hôtel-Dieu : Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut : Georget, memb. de l'Acad. : Gerdy, chirurg. de la Pitié : Goupil, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : Guersent, méd. de l'hôp. des Enfans : de Humboldt, membre de l'Institut : Husson, méd. de l'Hôtel-Dieu : Itard, méd. de l'Institution des sourds-muets : Julia Fontenelle, prof. de chimie : Laennec, prof. à la Fac. : Lagneau, memb. de l'Acad. : Lallemand, prof. à la Faculté de Montpellier : Landré-Beauvais, Doyen de la Fac. : Lebidois, D.-M. : Lisfranc, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : Londe, memb. de l'Acad. : Louis, memb. de l'Acad. : Marc, membre de l'Acad. : Marjolin, prof. à la Fac. : Martini, D.-M. : Menière, D.-M. : Mirault, D.-M. : Murat, chirurg. en chef de Bicêtre : Ollivier, memb. de l'Acad. : Orfila, prof. à la Fac.; Oudet, D.-M. Dentiste, memb. de l'Acad. : Pinel, membre de l'Institut : Pinel fils, D.-M. : Raige-Delorme, D.-M. : Ratier, D.-M. : Rayer, méd. de l'hôp. Saint-Antoine : Richard, prof. de botanique : Richerand, prof. à la Fac. : Richond, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : Roche, memb. de l'Acad. : Rochoux, memb. de l'Ac. : Rullier, méd. de la Charité : Rostan, méd. de la Salpêtrière : Roux, prof à la Fac. : Sanson, chir. en second de l'Hôtel-Dieu : Scoutetten, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : Ségalas, memb. de l'Acad. : Serres, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : Trousseau, agrégé à la Faculté : Vavasseur, D.-M. : Velpeau, agrégé à la Faculté, chir. du Bureau central des hôpitaux, etc. etc.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI, 1830.

De l'empoisonnement par les préparations mercurielles, considéré sous un point de vue nouveau; par M. Orfila.

L'existence d'une certaine quantité de *mercure métallique* dans le canal digestif d'un individu qui a succombé après avoir éprouvé les symptômes d'un empoisonnement aigu, suffit-elle pour établir qu'il y a eu empoisonnement, lorsqu'il est avéré que le mercure n'a été ni avalé ni injecté dans le rectum, à *l'état métallique ?*

Telle est la question qui m'a été adressée par M. l'avocat-général de la Cour royale d'Orléans, et dont la solution a fait l'objet d'une consultation médico-légale que j'ai rédigée le 22 octobre dernier, l'affaire d'empoisonnement qui réclamait cette consultation devant être jugée à Orléans le 28 du même mois. Cette question, que je sache, n'avait pas encore été agitée devant les tribunaux, ni traitée par les auteurs qui ont écrit ex professo sur la matière. Je pense donc que l'Académie voudra bien m'accorder quelques instans pour que je puisse lui faire connaître les données d'après lesquelles il sera désormais permis de la résoudre.

Je commencerai par une exposition succincte de l'affaire qui a soulevé cette question. Le 3 juillet 1829, la femme Villoing, demeurant à Saint-Brisson (département du Loiret), malade depuis cinq à six jours, fit appeler le docteur Caron, médecin à Gien; cette femme se plaignait d'une oppression très-forte à la région épigastrique; elle éprouvait de fréquentes envies de vomir qui de temps à autre étaient suivies de vomissemens bilieux très-abondans; le pouls était développé, la face rouge, les yeux et le teint généralement jaunâtres. Le mari disait qu'il croyait que la cause de la maladie de sa femme était la fatigue qu'elle avait dû éprouver en lavant sa chambre peu de jours avant. Le docteur Caron crut reconnaître une affection bilieuse, et prescrivit un grain d'émétique en lavage, avec injonction de l'administrer sur-le-champ, et de lui donner le lendemain des renseignemens sur l'état de la malade. Le lendemain en effet on rendit compte au médecin de ce qui s'était passé, et on le pria de prescrire les médicamens propres à faire cesser les envies de vomir qui continuaient, quoiqu'elles fussent moins fréquentes, et qu'en général la malade se trouvât mieux. Alors le docteur Caron conseilla une potion opiacée, et enjoignit de venir de nouveau le prévenir si l'usage de l'opium n'apportait pas le calme qu'il avait lieu d'attendre. Deux jours après, de grand matin, ce médecin fut sollicité de se rendre à la hâte auprès de la femme Villoing, qui, disait-on, était fort mal. Arrivé à Saint-Brisson, à huit heures du matin, le docteur Caron, loin de trouver la malade dans l'état alarmant qu'on lui avait dépeint, jugea qu'elle était mieux qu'à la première visite; cependant le mari fit des reproches à sa femme de ce qu'elle n'avait pas voulu qu'on appelât le médecin plus tôt, et assigna pour motif de ce retard qu'elle craignait qu'on lui prescrivît une saignée. Eloignant tout soupçon de crime, le

docteur Caron persista à croire à une affection bilieuse, et eut de nouveau recours à une préparation opiacée. Son pronostic n'avait rien de fâcheux; tout portait à croire que sous peu de jours la femme serait convalescente. Le lendemain 7 juillet, à trois heures du matin, un homme du même village vint annoncer au docteur Caron que la femme Villoing avait succombé la veille au soir, et que la maladie n'avait commencé à augmenter d'une manière violente que vers les deux heures de l'après-midi, que les vomissemens étaient devenus extrêmement fréquens, et les déjections alvines abondantes.

Il résulte des dépositions faites par divers témoins, que cette femme n'avait pas eu d'affection vénérienne; que le docteur Caron ne lui a jamais prescrit de médicament dans lequel il serait entré du mercure, ni dans cette maladie, ni dans aucune autre; enfin que l'on a trouvé au domicile de Villoing, qui est châtreur de bestiaux, plusieurs substances vénéneuses, et entr'autres du sublimé corrosif, de l'arsenic en poudre, et du réalgar.

Le cadavre fut inhumé sans que l'on soupçonnât que la mort pouvait être le résultat de l'empoisonnement; mais quelques jours après, le procureur du Roi ayant ordonné l'exhumation, MM. les docteurs Caron et Ballot furent chargés de procéder à cette opération et à l'ouverture du corps, qui eurent lieu le 22 juillet, c'est-à-dire, quinze jours après l'inhumation. La taille du cadavre est moyenne, l'embonpoint considérable; la surface extérieure présente les traces d'une décomposition putride générale et surtout prononcée à la face, dont les traits sont méconnaissables, et aux surfaces postérieure et latérale du tronc; cependant les diverses parties du système pileux, les ongles et les couches épaisses d'épiderme placées à la paume des mains et à la plante des pieds, ne sont pas détachées. En outre, la teinte générale de la

peau n'est pas noire, mais est marbrée de rougeâtre et de verd ; l'épiderme soulevé de toutes parts se détache sous la simple pression du doigt ; les mamelles sont fermes et saillantes, et les chairs paraissent en général gonflées par la présence des sucs putrides. L'odeur répandue par le cadavre est horriblement infecte, et ne se dissipe qu'en partie sous l'action de l'eau chlorée.

A l'ouverture du thorax on ne découvre aucune trace d'épanchement ni dans les plèvres, ni dans le péricarde. Les poumons, réduits tout au plus au quart de leur volume normal, et enfoncés sur les côtés de la colonne vertébrale, sont emphysémateux à leur surface extérieure, et n'offrent plus rien de la texture qui leur est propre, soit dans l'état de santé, soit dans l'état pathologique ; à la section ils laissent suinter une petite quantité d'un fluide noir et poisseux ; du reste, leur surface extérieure n'est le siège d'aucune adhérence. Les bronches partagent l'état de décomposition avancée du poumon, et leur membrane muqueuse est brunâtre et ramollie. Le cœur, petit, flasque, mou, verdâtre à l'extérieur, offre à l'intérieur les colonnes charnues réduites à l'état d'une bouillie noirâtre, et reconnaissables presque uniquement à l'aspect brillant et à la résistance des faisceaux tendineux qui les terminent. Du reste, les diverses parties de l'organe conservent une épaisseur relative normale. L'œsophage est manifestement injecté à l'intérieur dans toute son étendue, mais surtout au niveau de son extrémité cardiaque. La membrane muqueuse soulevée en plusieurs points par des vésicules emphysémateuses, ne présente pas de ramollissement ni d'ulcérations.

L'abdomen, qui est fortement météorisé, ayant été ouvert selon les règles de l'art, on a été frappé par cette circonstance remarquable, que sous le rapport de leur conservation les viscères semblaient appartenir à un ca-

davre récent. — Nulle trace d'épanchement ni d'adhérences. — Les petits et les gros intestins pourvus d'une énorme quantité d'appendices graisseux, ainsi que les divers replis du péritoine, sont distendus par une très-grande quantité de gaz : au contraire, l'estomac, qui occupe une grande étendue en hauteur et en largeur, a ses deux faces immédiatement appliquées l'une contre l'autre. En recherchant la cause de ce phénomène, on remarque à la partie inférieure de la face antérieure de ce viscère, deux ouvertures ou perforations, dont on parlera plus bas, ainsi que plusieurs taches ou colorations insolites que l'on observe à la surface extérieure de l'estomac et du tube intestinal. — Le foie très-volumineux, de couleur ardoise foncée, emphysémateux à sa surface, taché de points blancs nombreux, très-petits, très-adhérens à la membrane séreuse, et placés particulièrement à la partie supérieure et droite de son grand lobe, a pris un tel développement, qu'il refoule en haut la cavité pectorale droite, fait saillie au-dessous des côtes, et s'étend à gauche jusqu'à deux ou trois pouces de l'hypochondre correspondant. La vésicule biliaire est distendue par un fluide jaune serin abondant, de consistance médiocre, qui a coloré par transsudation les tissus voisins, et dont une portion s'est épanchée durant l'opération. — Le pancréas et la rate, qui est de volume médiocre et de couleur vert-noirâtre, ne sont pas sensiblement altérés par la putréfaction, et paraissent sains. Il en est de même des reins qui, bien que ramollis, conservent leur forme et presque leur couleur normale au milieu de la masse de tissu graisseux dans laquelle ils sont ensevelis. Les urètères, très-emphysémateux, présentent le volume du petit doigt, sans que du reste leur calibre soit véritablement augmenté, l'emphysême étant purement sous-séreux. La vessie est à l'état normal, et n'offre de remarquable qu'un

certain nombre de bulles emphysémateuses qui font saillie sur sa membrane muqueuse. — Les trompes et les ovaires tombent en putrilage. — L'utérus, d'un aspect normal, est ramolli; sa cavité, assez ample pour contenir une amande commune, n'offre rien d'insolite. — La colonne vertébrale forme immédiatement au-dessous de la région cervicale, une double courbure dont la supérieure, qui intéresse les quatre à cinq premières vertèbres dorsales, a la concavité à droite, et l'inférieure qui s'étend jusqu'à la huitième ou la neuvième vertèbre dorsale, a sa concavité à gauche.

Après avoir terminé cet examen, on a sur-le champ lié l'œsophage à son entrée dans l'abdomen; puis après ligature faite des canaux biliaire et pancréatique, et de l'extrémité inférieure de l'intestin rectum, on a enlevé toute la masse intestinale, et on l'a placée dans un vase de grès dans lequel on a versé une certaine quantité de chlorure de soude : puis ce vase ayant été fermé, a été remis à M. le juge d'instruction. On a ensuite absorbé avec une éponge propre les liquides épanchés dans la poitrine et dans l'abdomen, et qui provenaient, soit des viscères, soit de l'eau chlorée qu'il avait fallu verser dans la cavité splanchnique durant l'opération, pour mettre les experts à l'abri des miasmes putrides.

2.° *L'estomac* est très-ample et pourvu d'appendices graisseux abondans. Il offre extérieurement à sa face antérieure une teinte ardoisée d'environ deux pouces de hauteur tout le long de la petite courbure; une teinte analogue, mais moins foncée, dans la région splénique; enfin, une coloration rouge, brunâtre, striée de lignes blanches qui correspondent aux fibres musculaires dans toute l'étendue de la grande courbure. A la partie inférieure de cette face antérieure se remarquent les deux perforations indiquées précédemment. La première, lon-

gue de dix lignes et large de quatre, est entourée d'une perte de substance des membranes séreuse et musculeuse d'une étendue de deux à trois lignes à droite et en bas, et d'une ligne à une ligne et demie en haut et à gauche ; disposition de laquelle il résulte que la membrane séreuse et le plan superficiel de la musculeuse semblent avoir été endommagés dans une plus grande étendue que le reste des tissus de l'organe, ce qui donne aux bords de l'ouverture un aspect frangé. Cette première perforation, dont le plus grand diamètre est de haut en bas, se rencontre à un pouce du bord inférieur, et à dix-huit lignes du bord gauche de l'estomac. La deuxième, de forme oblongue et de direction horizontale, a six lignes de long sur deux lignes de haut, et se trouve placée à deux pouces et demi du bord droit de la précédente, un peu au-dessous du plan de laquelle elle est située : du reste, elle présente la même disposition frangée de ses bords et, comme la première, n'offre à sa circonférence ni épaississement, ni dureté, ni injection remarquables. A la face postérieure de l'estomac, la teinte brunâtre est, en général, moins foncée; bornée à la petite courbure, à une portion de la grande, elle se trouve surtout marquée à la région pylorique. Du reste, si l'on excepte un emphysème sous-séreux commun aux deux faces et donnant lieu à la formation de nombreuses vésicules, les phénomènes de la putréfaction sont peu marqués sur ce viscère, et ne peuvent nuire à l'exactitude des recherches.

Examiné à l'intérieur, l'estomac a présenté les particularités suivantes : l'orifice cardiaque est d'un rouge très-vif, uniforme, et se prolongeant, mais avec moins d'intensité, sur toute la petite courbure. Le grand cul de sac est le siége d'une injection très-forte, disposée en arborisations, dont les plus marquées offrent des érosions

superficielles qui varient en étendue d'une ligne à deux de diamètre. Une injection analogue se remarque sur toute la grande courbure, et, de plus, des taches nombreuses, de forme et de dimension variées, de couleur rouge, jaune ochre et noir, se rencontrent sur toute la surface du viscère, qui offre de nombreuses vésicules emphysémateuses, mais sans ramollissement général ou local. L'orifice interne des deux perforations est coupé net, sans trace d'injection ni d'épaississement à la circonférence. Au milieu de ces graves désordres, le pylore a paru presque à l'état normal. Enfin, on a trouvé, adhérens à quelques points de la membrane muqueuse gastrique, *plusieurs globules mercuriels*.

2.° *Le duodénum*, dont la surface interne offre un très-grand nombre de vésicules emphysémateuses, est enduit sur cette surface d'une couche muqueuse, abondante, ochracée et entremêlée de zones d'un rouge sanguin répondant aux valvules conniventes. Il contient en outre, en plus grand nombre que l'estomac, des *globules mercuriels*, dont quelques-uns égalent la grosseur d'une graine de millet.

3.° Dans la première partie, *l'intestin grêle* offre, au niveau des valvules conniventes, une injection vive qui disparaît de loin en loin pour se montrer de nouveau après un intervalle de quatre à cinq pouces, dans l'étendue desquels la membrane est à peu près à l'état normal. L'ilium paraît sain, et, de même que le *jéjunum*, ne nous a pas offert, à ce premier examen, des globules mercuriels susceptibles d'être recueillis.

4.° Le *cæcum* est également à l'état normal, mais contient du *mercure* en gros globules, et en quantité évaluée à peu près à un gros.

5.° Le *colon* paraît sain jusque vers le rectum, qui offre une injection rouge générale; celle-ci, dans la partie

correspondantes au méso-rectum, prend une teinte foncée et passe à l'état d'une véritable ecchymose, disposition d'autant plus marquée, qu'on s'approche davantage de l'extrémité anale de l'intestin. Du reste, depuis le cœcum, le gros intestin a encore offert un certain nombre de *globules mercuriels*, qui, réunis à ceux précédemment extraits des autres parties du canal alimentaire, ont fourni une masse d'environ *deux gros*.

Nous ajouterons qu'ayant fait bouillir à plusieurs reprises dans l'eau distillée le tube intestinal, et l'ayant ainsi débarrassé de la grande quantité de graisse qui s'opposait à des recherches exactes, on s'est convaincu qu'il existait peu de ces parties qui ne fussent comme pénétrées d'une sorte de rosée *mercurielle* formée par des globules infiniment déliés.

Les nombreuses expériences chimiques tentées sur le liquide des cavités splanchiques, sur le lavage de l'estomac et de l'intestin, sur l'alcohol dans lequel on avait fait macérer l'estomac et les intestins, sur le résidu de la distillation de cet alcohol, sur la décoction aqueuse des intestins, sur les points blanchâtres observés dans le pancréas, ces expériences, dis-je, n'ont fourni aucune trace de substance vénéneuse. Cependant, nous ferons observer, disent MM. Caron et Ballot : « qu'en admettant que du deuto-chlorure de mercure ou sublimé corrosif ait été donné à la femme Villoing, comme ce poison se décompose rapidement lorsqu'il est mis en contact avec nos tissus, et qu'il ne tarde pas à passer à l'état de proto-chlorure ou mercure doux ; que ce dernier corps, entièrement insoluble, se combine avec nos tissus d'une manière intime et méconnaissable, surtout après un aussi long temps d'inhumation et lorsqu'une graisse abondante vient sans cesse entraver une investigation délicate ; que, dans cette circonstance, c'est-à-dire après la transformation du su-

blimé corrosif en mercure doux, et sa combinaison à cet état avec les tissus animaux, il ne reste, dans les cas ordinaires, qu'un moyen de démontrer l'empoisonnement; et que ce moyen consiste à revivifier le mercure par les procédés de l'art, et à le présenter à l'état métallique ou coulant, on concevra que la présence de globules mercuriels, en quantité considérable, trouvés à nu dans les organes digestifs, a dû nous empêcher de tirer parti du seul moyen de reconnaître l'empoisonnement par le sublimé après un long temps, c'est-à-dire la revivification du métal, puisque nous n'aurions pas pu affirmer que le mercure métallique obtenu dans cette opération n'aurait pas été le même que celui qui pénètre actuellement en globules très-déliés dans la presque totalité du tube digestif. La présence de ces globules dans les intestins nous a donc paru un obstacle invincible à la démonstration de l'empoisonnement par le sublimé. »

« Toutefois, les lésions très-graves observées dans les organes digestifs de la femme Villoing, et spécialement celles trouvées dans l'estomac et le rectum; la marche, et surtout la terminaison brusque de la maladie, observée par l'un de nous; enfin, le mercure trouvé dans les cavités digestives, sans que rien, dans le traitement prescrit par le médecin, puisse en expliquer la présence; ces circonstances réunies nous font une loi de déclarer que, s'il nous est impossible d'affirmer l'empoisonnement, nous pensons qu'il y a au moins de fortes présomptions de son existence. » (*Rapport de MM. Caron et Ballot, en date du 7 août 1829.*)

Telle est l'affaire qui m'a donné l'idée de traiter la question générale énoncée au commencement de ce mémoire, et dont je vais m'occuper avant de faire connaître l'opinion que j'ai émise dans la cause relative à la famille Villoing.

Veut-on déterminer si l'existence d'une certaine quantité de mercure métallique dans le canal digestif d'individus placés dans les conditions indiquées plus haut peut être considérée comme preuve d'empoisonnement par une préparation mercurielle, que l'on tente deux séries d'expériences; dans la première, on empoisonnera des chiens avec du deuto-chlorure de mercure, des oxydes et des sels mercuriels, pour savoir si ces préparations se décomposent dans les voies digestives de manière à fournir du mercure métallique; dans l'autre série d'expériences, on fera avaler à des animaux les mêmes composés mercuriels, préalablement mêlés avec des substances capables de les décomposer dans nos laboratoires et d'en séparer le métal. Il est évident que si, dans ces différens cas, on trouve du mercure à l'intérieur du canal digestif, il faudra conclure que sa présence *peut* être quelquefois la preuve qu'un poison mercuriel a été administré.

Première série d'expériences. Ingestion dans l'estomac de poisons mercuriels non mélangés d'autres substances.

Deuto-chlorure de mercure. — 1.° Lorsqu'on fait avaler à des chiens de moyenne taille, de 30 à 40 grains de deuto-chlorure de mercure pulvérisé (sublimé corrosif), ils ne tardent pas à éprouver tous les symptômes de l'empoisonnement, et périssent au bout de 4, 6, 10 ou 12 heures. La dose dont il s'agit étant très-forte; il est probable qu'une portion du poison reste dans le canal digestif, quand même les animaux ont vomi à plusieurs reprises, ce que l'on peut empêcher jusqu'à un certain point en les muselant. Si on enterre ces chiens dans une bière de sapin blanc et à la profondeur de trois à quatre pieds, et qu'on procède à l'exhumation au bout de trois ou quatre mois, on remarque, à l'ouverture des cadavres,

que le canal digestif ne renferme *aucune trace de mercure métallique*, et si, pour s'en assurer encore davantage, on dessèche l'estomac et les intestins, et qu'on examine attentivement toutes leurs parties avec une forte loupe, on obtiendra le même résultat. Cependant il est aisé de démontrer l'existence d'une préparation mercurielle, en soumettant à l'action de la potasse à une chaleur rouge, des portions de la membrane muqueuse; alors en effet il se volatilisera du mercure métallique qui proviendra du composé de protochlorure de mercure et de matière animale qui se forme lorsque le sublimé corrosif agit sur nos tissus. 2.° Si au lieu d'inhumer les chiens empoisonnés par le sublimé corrosif, on les laisse à l'air pendant un mois ou deux après leur mort, on remarque, en les ouvrant, que la membrane muqueuse de l'estomac est grisâtre, comme les tissus animaux qui ont été pendant quelque temps en contact avec le deutochlorure de mercure; on ne *découvre aucune trace de mercure* métallique dans le canal digestif; le sublimé corrosif a été pourtant entièrement où presqu'entièrement décomposé; mais au lieu d'avoir été ramené à l'état de mercure métallique, il a été transformé en protochlorure ou calomélas, qui s'est intimément combiné avec les tissus: aussi en chauffant dans un petit tube de verre avec de la potasse, la membrane muqueuse, de couleur grise, décompose-t-on le protochlorure et en retire-t-on du mercure métallique; d'où il suit que l'on parvient bien à démontrer que le sublimé corrosif a été décomposé, mais on prouve aussi que le produit de cette décomposition *n'est pas du mercure métallique.*

3.° A plus forte raison ne trouve-t-on pas de ce métal dans les voies digestives, lorsque les animaux, ayant été tués par le deuto-chlorure de mercure, sont ouverts un ou deux jours après la mort; les phénomènes sont alors

semblables à ceux dont nous venons de parler, si ce n'est qu'on peut découvrir une grande quantité de sublimé non décomposé, surtout si la dose avalée a été assez considérable.

4.° Si l'on enferme dans un gros intestin 20 ou 25 grains de deuto-chlorure de mercure dissous dans une demi-once d'eau, et mêlé à de la viande hachée, à du pain émietté et à de l'eau albumineuse, et que l'on place cet intestin dans une boîte de sapin que l'on enterrera à deux pieds de profondeur, on remarquera trois ou quatre mois après, lors de l'exhumation, que la matière renfermée dans l'intestin n'offre aucune trace de *mercure métallique*, quoiqu'au premier abord on soit disposé à prendre pour ce métal une foule de globules graisseux, brillans, qui font partie de cette matière; pourtant on pourra démontrer dans cette masse la présence d'une préparation mercurielle, car en la desséchant et en la calcinant dans une cornue avec de la chaux ou de la potasse, on en retirera du *mercure* qui viendra se condenser en globules dans le col de la cornue. Ce métal proviendra, encore une fois, du composé de proto-chlorure et de matière animale, et non du sublimé corrosif qui serait resté indécomposé, car en traitant par l'eau la pâte alimentaire empoisonnée par le sublimé corrosif, la dissolution aqueuse se colorera à peine par l'acide hydro-sulfurique, ce qui prouve qu'elle ne renferme que des atômes de sublimé.

5.° Si l'on met dans un grand bocal à large ouverture, renfermant deux pintes et demie d'eau, deux ou trois gros de sublimé corrosif dissous dans de l'eau, ou seulement cinq ou six grains de ce deuto-chlorure, et que l'on ajoute de la viande, de la matière cérébrale et des portions du canal digestif, on verra, au bout de quelques jours, la liqueur contenir à peine du sublimé, tandis que les ma-

tières animales seront grisâtres, dures, comme tannées, et se comporteront comme un composé de proto-chlorure de mercure et de matière animale; mais il ne se sera déposé aucune trace de mercure métallique. Au bout de quinze mois, les choses seront dans le même état; la décomposition n'aura fait aucun progrès, et le métal ne sera pas plus revivifié qu'il ne l'était au bout de quelques jours.

Oxydes de mercure. — 1.° Si on enferme dans une boîte de sapin un gros intestin dans lequel on a mis 40 grains d'oxyde rouge de mercure, mêlé à de la viande et du pain hachés et réduits en bouillie épaisse par de l'eau albumineuse; si on enterre cette boîte à deux pieds de profondeur, et qu'on procède à l'exhumation trois ou quatre mois après, on remarquera dans la matière que renferme l'intestin, plusieurs points rouges que l'analyse démontrera être du deutoxyde de mercure; mais on ne découvrira aucun atôme de *mercure métallique*, quelque soin que l'on apporte à l'examen de la masse, que nous supposerons humide ou parfaitement desséchée.

2.° Si on fait avaler à un chien de moyenne taille et à jeûn, de 40 à 60 grains de deutoxyde rouge de mercure, l'animal éprouvera bientôt tous les symptômes de l'empoisonnement par les préparations mercurielles, et périra au bout de douze, dix-huit ou trente heures. Si on l'enterre dans une bière de sapin, à deux ou trois pieds de profondeur, et qu'on ne procède à l'exhumation qu'au bout de trois ou quatre mois, on remarquera, en ouvrant le cadavre, que le canal digestif n'offre dans aucune de ses parties la plus légère trace *de mercure métallique*; si on ramasse attentivement les mucosités épaisses et de couleur rougeâtre qui tapissent la membrane interne de l'estomac et des intestins, et qu'on les fasse sécher, afin de mieux apercevoir le mercure s'il y existe, on n'en découvrira pas

davantage, même en regardant avec une forte loupe, tandis qu'il sera facile, à l'aide de la vue, de l'acide hydrochlorique et de la calcination, d'y démontrer la présence de l'oxyde rouge, si toutefois l'oxyde n'avait pas été entièrement rejeté par le vomissement ou par les selles.

Masse noire désignée vulgairement sous le nom de protoxyde de mercure. Si l'on fait avaler à un chien de moyenne taille et à jeûn, une once environ de cet oxyde pulvérisé, l'animal pourra éprouver quelques vomissemens au bout de douze, vingt ou vingt-cinq minutes, bientôt après il sera en proie à d'autres accidens, et périra douze, quinze ou vingt-quatre heures après le commencement de l'expérience. Si on ouvre le cadavre six ou sept jours après, on ne remarquera *point de mercure métallique réuni en globules* dans le canal digestif, mais bien un liquide visqueux d'un vert noirâtre, au milieu duquel nagera une partie de la poudre noire avalée. Si l'on filtre ce liquide et qu'on fasse dessécher la matière qui se trouvera sur le filtre, on y retrouvera beaucoup d'oxyde noir, mais point de *mercure réuni en globules*; sans doute que, en comprimant et en regardant à l'aide de la loupe, on apercevra du mercure métallique disséminé çà et là; mais on sait que l'oxyde noir, avant de le faire avaler à l'animal, aurait présenté le même phénomène. L'estomac et le canal intestinal, desséchés à une douce chaleur, offriront sur plusieurs points une multitude de *globules* de mercure tellement petits, qu'on ne pourra les voir qu'à l'aide d'une bonne loupe; ils adhéreront intimement à la membrane muqueuse.

Sels mercuriels. — Lorsqu'on fait prendre à un chien robuste et de forte taille deux gros de *proto-nitrate* de mercure *cristallisé* réduit en poudre, on ne tarde pas à observer tous les symptômes de l'empoisonnement par les irritans, l'animal vomit à plusieurs reprises, et périt au

bout de quelques heures. En ouvrant le cadavre sept ou huit jours après, on ne découvrira *aucune trace de mercure métallique* dans le canal digestif; l'estomac et les intestins seront enflammés, notamment dans quelques points, et recouverts d'un fluide épais d'un jaune brunâtre. Si, après avoir enlevé ce fluide, on lave l'intérieur du canal digestif avec de l'eau distillée, et qu'on filtre l'eau de lavage préalablement réunie au fluide épais dont nous venons de parler, on verra que la liqueur filtrée contiendra du proto-nitrate de mercure, car elle précipitera en noir par l'acide hydro-sulfurique et la potasse, et en blanc par l'acide hydro-chlorique. L'estomac, les intestins, et quelquefois même la matière qui restera sur le filtre, après avoir été desséchés, laisseront apercevoir à l'œil, armé d'une bonne loupe, un grand nombre de globules de mercure métallique non mobiles, et adhérens au contraire à la membrane muqueuse.

Sucre mercuriel. — Si on fait avaler à un chien de moyenne taille cinq gros de sucre mercuriel, préparé en triturant un gros de mercure avec une demi-once de sucre jusqu'à extinction complète du métal, et qu'au bout de six heures on pende l'animal, qui n'avait éprouvé jusqu'alors aucun accident notable, à l'ouverture du cadavre, faite le lendemain, on trouvera dans l'estomac, et surtout près du pylore, *une grande quantité de globules de mercure visibles à l'œil nu*, et nageant au milieu des alimens; il pourra ne pas y en avoir dans le canal intestinal. Nul doute que si l'on avait substitué au sucre mercuriel le *mercure gommeux*, *l'onguent gris ou napolitain*, ou toute autre préparation dans laquelle le mercure n'est que divisé, on n'eût obtenu le même résultat.

Seconde série d'expériences : ingestion dans l'estomac de poisons mercuriels mélangés de substances capables de les réduire à l'état métallique.

Je crois, avant d'exposer ces expériences, devoir faire connaître *quelques-unes* des matières qui jouissent de la propriété de décomposer les poisons mercuriels dans nos laboratoires, et de les ramener à *l'état métallique* à la température ordinaire; cette étude sera de la plus grande utilité pour la solution du problème que je cherche à résoudre. Sans doute qu'il existe encore beaucoup d'autres corps capables de revivifier les préparations mercurielles; je n'ai pas la prétention de les signaler tous; je veux seulement en indiquer quelques-uns, que je choisirai parmi ceux que l'on trouve le plus communément dans le commerce.

Proto et deuto-nitrate de mercure. — Lorsqu'on mêle ces sels dissous dans l'eau avec l'huile essentielle de térébenthine, avec de l'arsenic, du fer, du cuivre, du phosphore ou du proto-sulfate de fer, les deux sels sont décomposés même à la température ordinaire, et l'on obtient du mercure métallique, dont on peut facilement démontrer la présence en filtrant les mélanges et en desséchant la matière qui est sur le filtre. Dans quelques-uns des cas dont je parle, la revivification du métal se fait attendre plusieurs heures, et même plusieurs jours (1). Les mêmes sels, traités par l'éther sulfurique, l'eau-de-vie, l'alcohol à 40 degrés, le sucre et l'huile d'olives, ne fournissent point de mercure métallique à la température ordinaire.

(1) Le proto-nitrate de mercure est promptement décomposé et revivifié aussi par la gélatine et l'albumine, à froid : on peut s'en convaincre en desséchant la masse grisâtre qui s'est produite, et en l'examinant avec la loupe.

Si l'on fait dissoudre, à l'aide d'une douce chaleur, 12 grains de mercure dans 144 grains d'acide nitrique à 40 degrés, et qu'on verse la dissolution dans une large éprouvette contenant 144 grains d'alcohol à 36 degrés, il suffira de laisser le mélange pendant quelques minutes à la température de 40 à 50 degrés au-dessus de 0° pour qu'il y ait une réaction sensible; il y aura dégagement de gaz, bientôt après la liqueur se troublera, brunira, et finira par noircir, ce qui tient à la présence du mercure *métallique* qui se dépose; il se produira en même temps une vapeur blanche très-lourde, ayant l'odeur d'éther nitrique, et contenant du *mercure métallique* en suspension; quelques minutes après, l'action devenant plus vive, il se déposera des aiguilles blanches de mercure fulminant (fulminate de mercure); si, à la fin de l'expérience, on décante ces cristaux et le liquide qui les surnage, on trouvera du *mercure métallique* au fond de l'éprouvette, visible surtout après la dessiccation. Il est aisé de prouver, d'une autre part, que la vapeur blanche et lourde qui s'est volatilisée pendant la réaction de l'alcohol sur le sel mercuriel contient de ce métal; il ne s'agit que de boucher pendant quelque temps l'éprouvette avec une carte; celle-ci se trouvera recouverte de globules mercuriels, et il y aura en outre plusieurs de ces globules sur l'éprouvette, tout autour de son ouverture. *L'alcohol* peut donc revivifier le mercure du nitrate très-acide, à une température qui n'excède pas 50 degrés + 0°.

Proto-sulfate et deuto-sulfate de mercure. — Ces sels, mêlés, après avoir été dissous dans l'eau, avec du phosphore, de l'arsenic, du cuivre, du fer, du proto-sulfate de ce métal, l'huile essentielle de térébenthine, etc., sont décomposés à froid, et donnent du mercure métallique instantanément, au bout de quelques heures ou au bout de

quelques jours (1). L'huile d'olives et le sucre ne les ont pas revivifiés, même après quinze jours, à la température ordinaire.

Deutoxyde de mercure rouge. — On peut laisser cet oxyde en contact avec l'huile essentielle de *térébenthine* pendant deux ou trois jours à froid, sans qu'il soit revivifié; mais aussitôt que l'on ajoute au mélange quelques gouttes d'acide *nitrique* concentré, et que l'on agite, il y a dissolution, coloration verte foncée, et quelques heures après le mercure métallique est mis à nu, comme on peut s'en assurer en jetant le tout sur un filtre et en faisant sécher. Le *proto-sulfate de fer*, dissous dans l'eau et mêlé à cet oxyde, à froid, le revivifie au bout d'un certain temps, et l'on obtient du mercure métallique.

L'huile essentielle de térébenthine et le proto-sulfate de fer, étant, parmi les substances propres à revivifier les préparations mercurielles, deux de celles qui agissent avec le plus d'énergie, il est permis de conclure, d'après leur mode d'action sur le deutoxyde rouge de mercure, que cet oxyde n'est guère susceptible d'être désoxydé à froid par son mélange avec des corps avides d'oxygène.

Deuto-chlorure de mercure (sublimé corrosif). — Le deuto-chlorure de mercure, dissous dans l'eau, est décomposé à froid, de manière à fournir du *mercure métallique*, par le fer, le cuivre, le zinc, l'arsenic et le phosphore; l'huile essentielle de térébenthine, même au bout de huit jours, ne semble pas l'altérer sensiblement; cependant le mélange est très-légèrement troublé par des particules noirâtres excessivement ténues, formées peut-être par du mercure métallique; l'albumine, la gélatine,

(1) L'albumine et la gélatine revivifient le proto-sulfate de mercure, comme on peut s'en assurer en suivant le procédé indiqué à la page 21, à l'occasion du proto-nitrate de mercure.

l'alcohol, l'eau-de-vie, l'éther et l'huile d'olives, n'agissent point sur lui ; de manière à le réduire à l'état métallique.

Voyons maintenant ce qui arrive lorsqu'on introduit dans l'estomac des animaux quelques-uns des mélanges dont nous venons de parler ; nous choisirons exprès celles des substances qui revivifient avec le plus d'énergie les poisons mercuriels.

Expérience. — On a injecté dans l'estomac d'un chien de moyenne taille et à jeûn, 36 grains de proto-nitrate de mercure dissous dans une once d'eau, et immédiatement après un gros de proto-sulfate de fer également dissous dans la même quantité d'eau, et on a lié l'œsophage pour s'opposer au vomissement ; l'animal n'a pas tardé à faire de violens efforts pour vomir et à éprouver tous les symptômes de l'empoisonnement ; quelques heures ont suffi pour le faire périr. En ouvrant le cadavre le lendemain, on n'a aperçu *aucune trace de mercure métallique* dans le canal digestif, quoiqu'au premier abord on fût tenté de prendre pour ce métal des globules qui en avaient tout-à-fait l'apparence, et qui n'étaient que des bulles d'air. Le liquide contenu dans l'estomac, ayant été mis sur un filtre, la liqueur filtrée contenait encore du nitrate de mercure, puisqu'elle précipitait abondamment en noir par l'acide hydro-sulfurique ; la matière desséchée qui restait sur le filtre, examinée à la loupe, offrait çà et là de très-petits globules de *mercure*. Les mucosités épaisses grisâtres ou verdâtres qui se trouvaient dans l'estomac ou dans les intestins, étant ramassées et desséchées à une douce chaleur, ont également laissé apercevoir du mercure ; enfin, la membrane muqueuse des intestins et de l'estomac, bien desséchée, en présentait aussi beaucoup ; mais les globules n'étaient pas visibles à l'œil nu, et, loin d'être libres, ils adhéraient beaucoup à la membrane muqueuse.

Expérience. — On a fait avaler à un chien de moyenne taille dix-huit grains de sublimé corrosif dissous dans une once d'eau, et mêlés avec trois gros de cuivre pulvérisé; l'œsophage a été lié immédiatement après; l'animal est mort au bout de dix heures, et a été ouvert le lendemain. L'estomac contenait environ huit onces d'un liquide vert foncé, trouble, que l'on a filtré; on ne voyait aucune trace de *mercure* ni de cuivre métallique sur la membrane muqueuse de ce viscère ni des intestins, encore humides. Le liquide filtré était de couleur verte et presque entièrement formé d'hydrochlorate de cuivre; la matière qui était restée sur le filtre, après avoir été desséchée, offrait aussi une couleur verte, et contenait une quantité notable de très-petits *globules mercuriels*, visibles surtout à la loupe et comme incorporés dans une matière muqueuse. L'estomac, *desséché*, laissait apercevoir çà et là des particules de cuivre métallique, et des taches bleuâtres formées par un sel cuivreux, et entremêlées de plusieurs *globules de mercure métallique*.

Expérience. — On a introduit dans l'estomac d'un petit chien un demi-gros de deuto-nitrate de mercure, en partie suspendu, en partie dissous dans une once d'eau, et préalablement mêlé avec deux onces *d'huile de térébenthine;* on a lié l'œsophage pour empêcher le vomissement: l'animal est mort dix heures après, et a été ouvert le lendemain. L'estomac et les intestins étaient le siége d'une vive inflammation, et n'offraient aucune trace de mercure métallique globuleux; cependant, comme la membrane muqueuse des intestins était recouverte d'un mucus grisâtre, luisant, qui ressemblait assez à du mercure très-divisé, on a fait sécher l'estomac et tout le canal intestinal, après avoir enlevé quelques cuillerées d'un liquide épais que contenait le premier de ces viscères; on a filtré ce liquide. La liqueur filtrée répan-

dait une forte odeur de térébenthine, et ne se troublait par aucun des réactifs propres à décéler le deuto-nitrate de mercure. La matière restée sur le filtre, après avoir été desséchée, était rougeâtre, et renfermait çà et là du mercure métallique en globules excessivement petits. L'estomac et les intestins desséchés en laissaient apercevoir aussi beaucoup, surtout lorsqu'on les examinait à la loupe; ces globules mercuriels étaient comme incrustés dans le tissu.

Il résulte des expériences qui précèdent 1.° que ni le deuto-chlorure, ni les oxydes de mercure ne se décomposent dans le canal digestif des chiens auxquels on les a fait avaler, de manière à fournir du mercure métallique; mais qu'il est encore possible, au bout de plusieurs mois d'inhumation, de démontrer, dans ce canal, l'existence d'un composé mercuriel, quoiqu'on n'aperçoive nulle part des globules mercuriels; 2.° que, cependant, la masse noire connue sous le nom de protoxyde de mercure étant retirée de l'estomac, desséchée et comprimée, laisse apercevoir du mercure *non réuni en globules mobiles*, tels qu'on peut le voir dans cette masse avant qu'elle ait été avalée; 3.° que le proto-nitrate et le proto-sulfate de mercure, qui jouissent de la propriété d'être ramenés en totalité ou en partie à l'état métallique par l'albumine et la gélatine, peuvent au contraire, dans certains cas, être revivifiés, surtout au bout de quelques jours, par les tissus de l'estomac ou des intestins, ou par les alimens qu'ils renferment; mais alors le mercure métallique, mis à nu, reste comme incorporé avec la matière qui l'a séparé des sels, et loin d'être réuni en globules mobiles, ne peut souvent être aperçu qu'à l'aide d'une loupe; 4.° qu'il existe un très-grand nombre de mélanges de composés mercuriels et d'autres corps dans lesquels, à la suite de certaines réactions chimiques, le mercure peut être réduit

à l'état métallique, tantôt à froid, tantôt à l'aide d'une légère chaleur, tantôt presque instantanément, tantôt seulement au bout de plusieurs heures, et même de quelques jours; 5.° qu'il peut ne pas arriver toujours, en faisant avaler de pareils mélanges à des animaux vivans, et en les ouvrant après la mort, de trouver du mercure métallique dans l'estomac ni dans les intestins, ce qui tient à ce que les animaux périssent trop vite pour que la décomposition de la préparation mercurielle en mercure métallique ait eu le temps de s'opérer; et si l'estomac contient des alimens, à ce que le contact entre le poison mercuriel et la substance qui doit le réduire à l'état métallique peut ne pas être intime : d'ailleurs, par suite de l'irritation que détermine la substance vénéneuse, il y a une sécrétion plus abondante de liquides, et le poison se trouvant plus affaibli, on conçoit que sa décomposition puisse ne pas avoir lieu. Citons un exemple pour mieux faire comprendre cette proposition : que l'on administre à des chiens un mélange de sublimé corrosif dissous et d'un métal capable de le revivifier, tel que le zinc, le cuivre, le fer, etc., ce métal, beaucoup plus pesant que la dissolution, pourra tomber au fond de l'estomac, se loger entre les replis de la membrane muqueuse, et agir à peine sur le solutum de sublimé, qui, de son côté, sera déjà mêlé aux alimens, et en partie décomposé par eux; 6.° qu'il existe toujours du mercure métallique globuleux dans une partie du canal digestif, lorsque les animaux ont avalé du *sucre mercuriel*, et qu'on ne les a tués qu'au bout de quelques heures; il est évident que le mercure gommeux, l'onguent mercuriel et toutes les autres préparations dans lesquelles ce métal n'est que divisé, doivent se comporter comme le sucre mercuriel; 7.° que l'existence d'une certaine quantité de *mercure métallique* dans les voies digestives d'un individu qui a succombé

après avoir éprouvé les symptômes d'un empoisonnement aigu, nous paraît suffisante pour rendre l'empoisonnement par un composé mercuriel très-probable, quand il est avéré que le mercure n'a été ni avalé ni injecté dans le rectum à l'état métallique (sucre mercuriel, onguent gris, onguent napolitain, mercure gommeux, etc.); 8.° que cette probabilité sera encore plus grande lorsque, dans le cas dont nous parlons, on découvre dans lés voies digestives, indépendamment du mercure métallique, un reste de la substance qui a décomposé et revivifié la préparation mercurielle, ou du moins le nouveau composé que cette substance a dû fournir : ainsi, pour mieux nous faire comprendre, supposons que le poison mercuriel ait été avalé avec du cuivre ou du fer, et que l'on trouve, outre le mercure métallique, des restes de fer ou de cuivre, ou un sel de ces métaux, formé aux dépens de l'acide ou du corps avec lequel le mercure était combiné dans le poison mercuriel; 9.° que l'existence simultanée dans le canal digestif de mercure métallique globuleux et d'oxyde noir de ce métal, suffit pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement par un composé mercuriel; mais que, dans ce cas, le mercure métallique, que nous supposons provenir de la masse noire d'oxyde, ne constitue pas la preuve principale de l'empoisonnement, qui consiste surtout dans la présence d'un reste d'oxyde noir dans les voies digestives (1).

Mais, objectera-t-on, vous n'admettez donc pas que,

---

(1) On ne saurait apporter trop d'attention lorsqu'on recherche le mercure métallique dans l'estomac et les intestins, car on peut y trouver une foule de globules gazeux, graisseux et autres, qui ressemblent tellement à ce métal, qu'il faut nécessairement pour se prononcer sur leur nature, les séparer ou les faire rouler avec une épingle, de manière à les apercevoir distinctement.

chez les individus soumis depuis long-temps à l'usage de petites doses d'une préparation mercurielle ou de frictions de même nature, le mercure puisse se présenter à l'état métallique dans les voies digestives ? Des médecins, dont l'autorité est d'un grand poids, nient la possibilité d'une pareille rencontre, et traitent de fabuleuses toutes les observations ayant pour objet d'établir le fait. Je partage leur opinion. Toutefois, comme en médecine légale, il pourrait être dangereux d'établir un précepte d'après des données qui ne seraient pas rigoureusement prouvées, j'engage les experts à user de la plus grande circonspection, et à ne pas *affirmer* que du mercure métallique trouvé dans le canal digestif d'une personne qui fesait depuis long-temps usage de préparations mercurielles, ne peut pas provenir de ces préparations, qui se seraient décomposées dans nos organes; mais je pense aussi qu'ils doivent faire sentir le peu de vraisemblance de l'opinion contre laquelle ils n'osent pas se prononcer d'une manière absolue.

Examen de l'affaire de la femme Villoing.

Si, après avoir établi les notions générales qui précèdent, je cherche à en faire l'application au cas particulier sur lequel on a demandé mon avis, nous verrons combien il est difficile de prouver que la femme Villoing soit morte empoisonnée.

Il est aisé de démontrer d'abord, que *l'existence du mercure métallique dans le canal digestif du cadavre de cette femme, ne prouve pas qu'il y ait eu empoisonnement.* En effet, ce mercure ne pouvait provenir, 1.° que d'une portion de ce métal que l'on aurait fait avaler à l'état métallique, soit qu'il fût en nature, soit qu'il eût été divisé par du sucre, de la gomme, de la graisse ou toute autre substance; 2.° que d'une portion de la masse

noire, connue vulgairement sous le nom de protoxyde de mercure, masse dans laquelle une partie du métal y est à l'état métallique; 3.° que d'un sel mercuriel, tel que le proto-nitrate ou le proto-sulfate qui aurait été décomposé pendant l'inhumation par les tissus du canal digestif ou par des fluides albumineux, gélatineux, etc.; 4.° que d'une préparation mercurielle vénéneuse, telle que le sublimé corrosif ou les sels solubles de mercure qui auraient été administrés mélangés avec quelques substances capables de les décomposer, de manière à mettre le métal à nu. Examinons chacun de ces points, et nous ne tarderons pas à nous convaincre de l'impossibilité d'expliquer l'empoisonnement par aucune de ces hypothèses.

Si la femme Villoing a avalé du mercure en substance, ou divisé par du sucre, de la gomme, de la graisse, etc., ce qui me paraît extrêmement probable, ce n'est pas le mercure qui a déterminé les accidens, car il n'est vénéneux que lorsqu'il séjourne long-temps dans le canal digestif et qu'il y subit un grand degré de division; et encore dans ce cas il donne lieu à des tremblemens, à de la salivation, à la paralysie, et jamais aux symptômes de gastro-entérite aiguë qui ont été remarqués chez la malade.

On n'explique pas mieux l'empoisonnement, en admettant que du *protoxyde noir de mercure* ait été ingéré dans l'estomac, non pas que cette masse noire ne soit susceptible de déterminer la mort au milieu de symptômes analogues à ceux que développent les composés mercuriels vénéneux, mais parce que si telle eût été la source du mercure trouvé dans le canal digestif, il aurait dû exister dans ce canal une quantité considérable de ce protoxyde noir, surtout le poids du mercure recueilli dans ce canal, s'élevant à deux gros environ : or, il n'y avait pas dans les voies digestives la plus légère trace de

matière noire ressemblant à ce protoxyde. Je remarquerai encore que j'accorde beaucoup en admettant qu'après l'empoisonnement par le protoxyde noir de mercure, on puisse découvrir autant de mercure métallique *réuni en globules mobiles* dans l'estomac et dans les intestins, car je n'en ai jamais trouvé dans cet état dans mes expériences; mais il suffit que l'on conçoive la possibilité du fait pour que j'en tienne compte.

Les mêmes considérations me feront rejeter l'idée que l'empoisonnement ait pu être produit par un de ces sels mercuriaux que l'albumine et la gélatine décomposent quelquefois de manière à mettre une portion de leur mercure métallique à nu; en effet, dans aucun cas de décomposition de ce genre, le métal ne se montre globuleux et libre à la surface de la membrane muqueuse; toujours il est incorporé avec les matières qui l'ont décomposé, de manière à ne pouvoir être vu qu'à l'aide de la loupe. Que l'on juge d'ailleurs de l'énorme quantité de sel mercuriel que la femme Villoing aurait dû avaler, pour donner lieu à la revivification de *deux gros de mercure métallique;* cette dose, fort considérable, aurait déterminé la mort en très-peu de temps, et certes on aurait trouvé un reste de poison non décomposé.

Voyons maintenant s'il est permis d'attribuer l'empoisonnement à une préparation mercurielle vénéneuse qui aurait été mélangée avec une substance capable de revivifier le métal. On pourrait croire en effet que le composé mercuriel aurait été administré à assez forte dose, pour qu'une portion eût tué la malade, tandis qu'une autre portion aurait été décomposée par le fer, le cuivre, l'arsenic, l'huile de térébenthine, etc., de manière à fournir le mercure qui a été trouvé dans le canal digestif. Mais pour adopter cette manière de voir, il aurait fallu découvrir dans les liquides analysés des sels de fer, de

cuivre, ou même des restes de la matière capable d'avoir décomposé le poison mercuriel : or, les recherches faites prouvent qu'il n'y en avait pas un atôme ni dans les liqueurs ni sur les tissus du canal digestif. D'ailleurs, si telle était l'origine du mercure, je répéterai ce que je viens de dire dans le précédent alinéa ; voyez à quelle dose il aurait fallu employer le poison pour obtenir après la mort environ *deux gros* de métal ; et jugez s'il est vraisemblable qu'on n'eût point trouvé un reste de poison non décomposé, ou de la matière qui aurait opéré cette décomposition, d'autant plus que cette matière aurait dû entrer pour beaucoup dans le mélange.

On n'objectera sans doute pas que chez la femme Villoing, le mercure pouvait provenir d'un mélange de calomélas et d'acide hydrocyanique, mélange qui, d'après les expériences récentes de M. Régimbeau, fournit du mercure métallique au bout de très-peu de temps ; en effet, la dose d'acide hydrocyanique nécessaire pour opérer la décomposition d'une quantité de proto-chlorure de mercure susceptible de fournir deux gros de métal, eût été plus que suffisante pour déterminer instantanément la mort de la malade. On ne sera pas non plus tenté d'attribuer les accidens dont je m'occupe, et la présence du mercure métallique, à l'usage de frictions faites long-temps avant et à plusieurs reprises avec l'onguent mercuriel, car il est constant que la femme Villoing n'avait pas été soumise à ce traitement, qui du reste ne détermine jamais des perforations de l'estomac ni les accidens de la gastro-entérite aiguë qui ont été observés. Je rappellerai encore ce que j'ai déjà dit à la page 29, sur la difficulté d'admettre que le mercure métallique trouvé dans l'estomac puisse reconnaître une pareille source.

S'il résulte de ce qui précède, que la présence du mercure métallique dans le canal digestif, ne prouve pas

que la femme Villoing ait été empoisonnée par une préparation de ce métal ; et si, d'une autre part, les experts ont déclaré n'avoir découvert aucune substance vénéneuse, voyons ce qu'il est permis de conclure des symptômes éprouvés par la malade, et des lésions du canal digestif reconnues à l'ouverture du cadavre. Les accidens auxquels la malade a été en proie, peuvent aussi bien être le résultat d'un empoisonnement que d'une de ces affections de la membrane muqueuse gastro-intestinale qui sont produites par toute autre cause que par un poison. Quant à l'inflammation du tube digestif et aux perforations de l'estomac, si elles semblent au premier abord pouvoir faire croire davantage à un empoisonnement, elles sont insuffisantes pour permettre d'affirmer qu'il a eu lieu; en effet, quoique les lésions dont il s'agit n'aient pas offert tous les caractères de celles que l'on remarque dans la plupart des cas de perforations *dites spontanées*, il serait téméraire de soutenir qu'elles n'appartiennent pas à cette dernière classe, d'autant mieux que dans les exemples de perforations spontanées décrites jusqu'à ce jour, il en est déjà quelques-uns qui ne présentent pas l'ensemble des caractères anatomiques que l'on avait regardés d'abord comme étant propres à cette lésion. Ajoutons que les poisons mercuriels n'ont pas une grande tendance à perforer le canal digestif : sur 80 animaux que j'ai empoisonnés, soit avec du sublimé corrosif, soit avec des nitrates, des sulfates ou des oxydes mercuriels, je n'ai jamais observé de perforations de ce canal ; je ne prétends pas pour cela qu'elles ne puissent être la suite de l'empoisonnement par les préparations mercurielles : je pense seulement qu'elles doivent être fort rares. Mais, dira-t-on, pourquoi la femme Villoing n'aurait-elle pas été empoisonnée par une de ces substances qui perforent souvent l'estomac, telle qu'un acide concentré, et pourquoi, avant ou après

l'ingestion de cet acide, n'aurait-on pas introduit dans ce viscère, et pour faire prendre le change, une certaine quantité de mercure métallique? La chose est possible; mais elle est loin d'être prouvée, puisqu'on n'a découvert aucune trace d'acide ni d'aucune autre substance capable de perforer les tissus du canal digestif. Je conclurai donc que les accidens éprouvés par la femme Villoing, et les lésions de tissu observées après la mort, ne permettent pas d'*affirmer* qu'elle soit morte empoisonnée; toutefois, ces accidens et ces lésions étaient de nature à faire soupçonner l'empoisonnement, et justifient suffisamment les poursuites dirigées par le ministère public.

Si l'existence du mercure métallique dans le canal digestif, jointe aux symptômes et aux altérations des organes, ne permet pas d'affirmer qu'il y a eu empoisonnement, examinons ce que l'on aurait pu conclure de l'analyse des tissus mêmes de l'estomac et des matières qu'il contenait; cette analyse n'ayant pas été faite par les experts chargés des opérations anatomiques et chimiques, voici ce que je disais dans ma consultation : « Si on avait trouvé que les tissus du canal, ou les matières qu'il renfermait, après avoir été *parfaitement lavés* dans l'eau distillée bouillante et débarrassés ainsi de tout le mercure métallique qui s'y trouvait, fournissaient du mercure, lorsque, après les avoir desséchés, on les distillait avec de la potasse, on aurait pu dire : ce mercure n'était pas libre dans le canal digestif; il ne provenait pas de calomélas ni d'une autre préparation mercurielle placée à la surface des membranes (puisque nous supposons que celles-ci auraient été parfaitement lavées et débarrassées de toutes les matières pulvérulentes qui pouvaient se trouver à leur surface); donc il faisait partie d'un composé mercuriel vénéneux, qui a été décomposé par les tissus du canal digestif, ou par les matières qu'il renfermait. Il est à re-

gretter que les experts qui, dans cette circonstance, ont donné tant de preuves de talent et de zèle, aient omis de recourir à l'opération dont je parle, qui aurait peut-être jeté beaucoup de lumière sur la cause de la mort.

L'analyse dont il s'agit ayant été ordonnée pendant les débats, plusieurs portions du canal digestif ont été calcinées avec de la potasse, et n'ont fourni aucune trace de mercure métallique.

En résumant tout ce qui vient d'être dit relativement à l'affaire de la femme Villoing, j'établirai, 1.° qu'il est impossible d'*affirmer* qu'elle soit morte empoisonnée, parce qu'on n'a découvert aucun poison dans les matières soumises à l'examen des experts; 2.° que dans l'espèce, on ne saurait considérer comme des traces d'une substance vénéneuse le mercure métallique qui existait dans le canal digestif, parce que ce métal, en admettant qu'il agisse comme poison, ne détermine jamais les accidens ni les lésions de tissu observés chez la femme Villoing, et que d'ailleurs rien ne porte à croire, comme je pense l'avoir bien établi, qu'il provienne d'un composé mercuriel vénéneux qui aurait été revivifié dans les voies digestives; 3.° que néanmoins les symptômes qui ont précédé la mort et les lésions des tissus dont le canal digestif était le siége sont de nature à faire *soupçonner* que l'empoisonnement *pourrait* avoir eu lieu; 4.° qu'il est à peu près certain que le mercure a été avalé en nature, soit qu'on l'ait administré dans une intention criminelle pour faire prendre le change, soit qu'il ait été employé, d'après des idées populaires, dans le dessein de faire cesser les douleurs dont la femme Villoing se plaignait depuis quelques jours.

Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris, pendant l'année 1829, des diverses méthodes thérapeutiques employées pour les combattre, et spécialement des mercuriaux, des vomitifs et des évacuations sanguines; par M. TONNELLÉ, *ancien interne des hôpitaux.* (III.e article.)

III.e PARTIE. — *Du Traitement.*

Pour peu qu'on réfléchisse un instant aux nombreuses variétés de forme de la fièvre puerpérale, on concevra facilement qu'on ne peut, en aucune façon, lui assigner un traitement exclusif.

Et cependant, écoutez la plupart des observateurs : chacun d'eux a une méthode qu'il croit la seule bonne : l'un adopte la saignée générale, l'autre s'en tient à la saignée locale; celui-ci vante exclusivement l'emploi des mercuriaux, celui-là les proscrit absolument. Les vomitifs, les purgatifs trouvent également, ou d'ardens fauteurs, ou des adversaires déclarés. Veut-on savoir sur quelles bases se fondent ces opinions si opposées et en même temps si exclusives? C'est souvent sur une idée systématique qui, en faveur aujourd'hui, sera oubliée demain, et plus souvent encore sur une observation rétrécie et incomplète.

On base une méthode de traitement exclusive sur quelques faits isolés, on vante d'une manière absolue des moyens thérapeutiques dont l'utilité n'était que relative à telle forme morbide, à telle période de la maladie, à telle saison, telle constitution atmosphérique. Cependant le remède se répand : on expérimente; mais les conditions de succès qui avaient présidé à son premier emploi ont

disparu, partout on en constate l'infidélité, on l'abandonne avec la même précipitation qu'on a mise à l'adopter, et on proscrit souvent ainsi en dernier ressort des moyens qui, plus tard, étaient réservés à de nouveaux et brillans succès : telle est l'histoire de l'ipécacuanha, telle est celle de vingt autres remèdes qui, après avoir eu cours un certain temps, se déprécient par l'abus qu'on en fait, et tombent dans un oubli qu'ils ne méritaient point.

Également éloigné, et de ces vues systématiques qui dénaturent les choses, et de cet esprit d'observation étroit et mesquin qui ne s'attache qu'à une de leurs faces, M. *Desormeaux* a conçu d'une manière plus sage et plus élevée le traitement de la maladie qui nous occupe. Les diverses méthodes thérapeutiques dont nous venons de parler n'ont point pour lui de valeur constante et absolue; elles n'ont qu'une utilité relative et subordonnée, d'une part aux diverses formes de la maladie, et de l'autre aux différentes constitutions atmosphériques qui l'influencent sensiblement, sans en modifier souvent la physionomie. Aussi est-il faux, selon lui, d'affirmer d'une manière absolue et indéterminée que telle médication guérit cette maladie; on doit se borner à dire, dans l'état actuel de la science, quels remèdes ont réussi à telle époque et dans tel cas bien défini, quels autres, au contraire, ont échoué, jusqu'à ce que des observations nombreuses, recueillies à diverses époques et dans des circonstances différentes, puissent offrir une base solide à une systématisation aujourd'hui impossible.

Nous avions besoin d'exposer ces idées, afin de bien faire comprendre dans quel esprit a été conçu le traitement dont nous nous proposons de tracer l'histoire.

Les saignées générales et locales, les préparations mercurielles, les vomitifs en première ligne, et secondairement les laxatifs, les opiacés, les bains, les cataplasmes,

les vésicatoires, les sinapismes, le quinquina, tels sont les différens moyens dont nous devons succinctement exposer les effets.

Chapitre premier. — De la saignée générale. — Les auteurs qui ont écrit sur la fièvre puerpérale sont singulièrement partagés sur les avantages ou les inconvéniens de la saignée : c'est qu'en effet, comme nous allons le voir, ce moyen peut être ou souverainement utile, ou souverainement nuisible, suivant l'époque où on l'emploie, et surtout suivant l'espèce morbide à laquelle on l'applique.

C'est presque exclusivement dans la forme inflammatoire franche, dont nous avons précédemment exposé les caractères, que M. *Désormeaux* avait recours à la saignée.

C'est aussi dans ces cas, qui n'étaient pas à beaucoup près les plus communs, qu'il en retirait des avantages incontestables. Employée dès le début, avec hardiesse, et répétée plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, elle faisait quelquefois avorter la maladie, ou bien elle produisait une amélioration notable et aidait beaucoup à la solution; mais le plus souvent elle se bornait à calmer les symptômes généraux, sans agir sensiblement sur la phlegmasie locale, qu'il devenait nécessaire de combattre par d'autres moyens.

La saignée était rarement utile dans la seconde période; cependant on pouvait encore en attendre quelque succès, lorsqu'à la suppuration et à l'épanchement survivait une vive réaction générale, que le pouls était dur, fréquent, la chaleur élevée, la face rouge, l'œil animé : alors, en effet, on devait craindre l'apparition de quelque phlegmasie secondaire, particulièrement la pleurésie, la pneumonie, et la saignée était alors le moyen le plus propre à en prévenir le développement.

Mais tous les cas étaient loin d'être aussi simples que les précédens.

On voyait quelquefois un état de pléthore générale se masquer sous la trompeuse apparence de la faiblesse et de la prostration ; la face était pâle, le pouls petit, la chaleur médiocre ; tout concourait à l'erreur : dans ces cas difficiles, l'exploration du cœur et des poumons fournissait quelquefois des signes précieux ; si les contractions étaient tumultueuses, le bruit sourd, l'impulsion forte ; si le murmure respiratoire était faible et comme étouffé, sans aucune autre modification, M. Désormeaux avait recours à une saignée explorative, et, suivant l'effet qui en résultait, suivant l'état du sang tiré de la veine, il abandonnait ce moyen ou l'employait de nouveau.

La saignée trouvait quelquefois encore une utile application dans la courte période de phlogose qui précédait ordinairement le développement des accidens typhoïdes, quoiqu'à vrai dire cette variété de la forme inflammatoire, moins franche dans sa nature, moins décidée dans sa marche, s'accommodât généralement bien mieux des évacuations sanguines locales.

L'emploi des saignées générales demandait, dans ce cas, beaucoup de prudence ; il ne devait point être poussé au-delà des premiers jours, souvent même des premières heures ; et quelle que fût l'intensité des douleurs, il fallait s'en abstenir à la première apparition des accidens typhoïdes : c'est assez dire avec quelle sévérité on devait les proscrire après l'ancien développement de ces accidens.

Les observations qui nous ont été laissées par les anciens, sont en général parfait d'accord avec les précédentes. *Mauriceau* (Observat. 598-605-661); *Van-Swiéten* (*Morbi puerp.*, tom. IV, p. 661); *Hoffman* (t. IV, p. 320); *Leake*, *Delaroche*, *Doublet*, etc., regardent la

saignée comme un moyen utile dans certains cas, et s'accordent aussi à la rejeter dans certains autres.

Quelques médecins, il est vrai, et en particulier MM. les docteurs Legouais et West, ont vu réussir la saignée dans tous les cas, et presqu'à l'exclusion de toutes les autres médications; mais, pour peu qu'on lise leurs observations avec quelque attention, on reconnaît facilement qu'ils n'ont eu à traiter que des fièvres puerpérales presque exclusivement inflammatoires, et dès-lors il est facile d'expliquer les succès obtenus par ce moyen.

Que si, à propos de ces faits, on demandait comment la forme des maladies change avec les années, par quel singulier rapport la santé de l'homme se rattache ainsi aux constitutions atmosphériques, nous répondrions que c'est un fait d'observation que nous constatons, mais que nous n'expliquons pas; ainsi que l'a si bien remarqué Sydenham : *Quamvis diversas diversorum annorum habitudines quoad manifestas aeris qualitates, maximâ quam potui diligentiâ, notaverim, ut ex indè causas tantæ epidemiarum vicissitudinis expiscarer, me tamen, ne hilum quidem hactenus promoveri sentio; quippe qui animadverto annos, quoad manifestam aeris temperiem sibi planè consentientes, dispari admodum morborum agmine infestari, et vice versâ.*

Chapitre II. — De la saignée locale. — L'emploi des saignées locales, au moyen des sangsues, peut être considéré, particulièrement dans la maladie qui nous occupe, comme une conquête de notre époque; car, bien que ce moyen ne fût pas tout-à-fait négligé par les anciens, il est employé si différemment de nos jours, que c'est véritablement une méthode nouvelle.

De toutes les médications mises en usage dans les maladies puerpérales que nous avons observées, aucune n'était susceptible d'un emploi plus fréquent, et suivie, nous

osons le dire, de plus heureux effets que la saignée locale par les sangsues. Elle trouvait une utile application dans l'inflammation vive, franche du péritoine et de l'utérus avec vive réaction générale, où M. Desormeaux la faisait souvent précéder de l'ouverture de la veine; et dans les phlegmasies transitoires, souvent éphémères, qui précédaient ordinairement le développement des accidens typhoïdes, dans lesquelles on y recourait, au contraire, dès le début des accidens; son usage était bien plus étendu, comme on voit, que celui de la saignée générale.

Les applications de sangsues se faisaient constamment sur le ventre, au nombre de quarante, quelquefois même soixante, et fréquemment elles étaient répétées le soir et le lendemain, si l'amélioration n'était pas évidente; il arrivait ainsi très-souvent qu'on en employait plus de deux cents chez la même malade dans l'espace de trente-six ou quarante-huit heures.

Immédiatement après la chute des sangsues, on administrait un bain de siége émollient, et on couvrait ensuite le ventre d'un large cataplasme, qui en entretenait et prolongeait l'action.

Chacune de ces saignées locales donnait lieu à un écoulement de sang aussi abondant qu'aurait pu le faire une saignée générale; mais il s'en fallait beaucoup qu'elles fussent suivies l'une et l'autre des mêmes effets.

La saignée de la veine, en dégorgeant les gros vaisseaux, produisait ordinairement un amendement rapide dans les accidens inflammatoires généraux, sans agir quelquefois sensiblement sur la maladie locale; la saignée par les sangsues avait, au contraire, une influence constante et très-marquée sur les douleurs, et ses effets généraux n'étaient que secondaires et éloignés: l'une avait une action débilitante très-rapide; l'autre, au contraire, était supportée très-facilement, même par les femmes les plus faibles.

Dans certains cas rares, où les forces étaient opprimées par la violence de l'inflammation, la saignée locale devenait quelquefois le signal d'une vive réaction inflammatoire, qu'il était nécessaire de combattre par l'ouverture de la veine; mais, le plus ordinairement, l'application des sangsues était suivie d'une amélioration remarquable et instantanée dans les douleurs, et en même temps d'une sorte de détente, pendant laquelle on voyait le pouls s'amollir, la chaleur et l'agitation s'appaiser, la peau se couvrir de sueur, et les lochies même reparaître.

Le plus ordinairement, ce calme n'était que momentané; l'inflammation, combattue dans ses effets, mais non attaquée dans son principe, se reproduisait avec promptitude, et il fallait revenir aux émissions sanguines ou à d'autres moyens pour en triompher définitivement. Lorsque l'épanchement ou la suppuration étaient formés, et surtout lorsqu'il se manifestait quelques uns des signes qui pouvaient faire soupçonner l'absorption du pus, M. Desormeaux se gardait bien d'insister sur le moyen qui nous occupe; sachant bien, par expérience, qu'on n'avait plus de succès à en espérer, et qu'on ne pouvait, au contraire, en attendre que de mauvais effets, il avait recours à d'autres médications, et particulièrement à celle qui suit.

Chapitre III. — *Des préparations mercurielles.* — La préparation mercurielle le plus ordinairement mise en usage était l'onguent napolitain double : on l'employait en frictions sur l'abdomen et sur la partie interne des cuisses alternativement, et à la dose de deux à trois onces par jour; les frictions, de deux gros chacune, étaient régulièrement pratiquées toutes les heures ou toutes les deux heures; chaque jour, d'ailleurs, on avait soin de nettoyer avec une certaine quantité d'huile d'amandes douces les tégumens salis par l'onguent, afin de leur rendre leur souplesse et leur perméabilité.

Aux frictions mercurielles, M. Desormeaux associait souvent l'usage intérieur du calomélas ; mais ce genre de médication, très-bien approprié aux cas où il existait de la constipation et même une diarrhée médiocre, n'était plus applicable aux affections bien plus nombreuses qui s'accompagnaient d'abondantes évacuations alvines. Le calomélas était ordinairement administré à la dose de huit à dix grains par jour, et combiné avec quelques narcotiques, l'opium ou l'extrait de jusquiame, qui avaient le double avantage de rendre les organes digestifs moins sensibles à l'impression de la préparation mercurielle, et en même temps de calmer les douleurs abdominales. Cette médication n'était généralement point employée dès le début de la maladie; toutefois, c'était bien moins par le temps écoulé depuis l'invasion que par les caractères de l'affection elle-même qu'on en appréciait la convenance et l'opportunité.

En thèse générale, dès que les accidens inflammatoires primitifs disparaissaient pour faire place aux différens signes qui pouvaient faire soupçonner un commencement d'épanchement, de suppuration, et surtout d'absorption purulente, l'emploi des frictions mercurielles trouvait une juste et utile application : ce moyen, comme on voit, était presque constamment précédé de la saignée locale ou générale; toutefois, il faudrait bien se garder de prétendre, comme on l'a fait, que les heureux résultats qui en ont suivi l'emploi fussent exclusivement produits par les évacuations sanguines, car si les préparations mercurielles étaient mises en usage, c'est que la saignée avait échoué.

Le succès leur était donc bien légitimement acquis, d'autant mieux que la maladie, arrivée à ce point, était presque inévitablement mortelle.

Les médecins sont loin de s'accorder sur la valeur de

la méthode qui nous occupe, il en est un grand nombre qui doutent encore de son efficacité, et attendent de nouveaux faits pour l'admettre ou la rejeter; ceux-là font sagement, et nous n'avons qu'à leur offrir les résultats obtenus par M. Desormeaux; mais il en est d'autres qui la repoussent absolument, et par cela seul qu'elle ne s'accorde pas avec leurs idées théoriques. Notre intention n'est point de discuter ici *à priori* une question que l'expérience seule peut résoudre : toutefois, nous ne pouvons nous empêcher d'observer qu'une pareille manière de raisonner est au moins étrange; on oublie trop que les théories ne peuvent rien contre les faits, qu'elles n'en doivent être que l'expression exacte, rigoureuse, et que du moment qu'elles ne les comprennent pas tous, c'est qu'elles pèchent par quelque côté. Ce ne sont point les faits qu'il faut alors rejeter, c'est la théorie qu'il faut modifier.

Mais à côté de cette obstination systématique, qui repousse absolument et sans examen, se trouve aussi l'enthousiasme aveugle, qui adopte exclusivement et avec passion. L'emploi des préparations mercurielles, en même temps qu'il est rejeté par les uns comme absurde et dangereux, est prôné comme un spécifique par quelques autres, qui ne voient point assez que ces éloges exagérés suffiraient pour discréditer les meilleurs moyens; ils ont, disent-ils, les faits pour eux, et ils en citent d'incontestables; tout jusque-là est à merveille; mais de ces données insuffisantes ils se hâtent de tirer des inductions générales, et c'est là qu'est l'erreur. Entre leurs mains, les frictions mercurielles ont constamment réussi : nous ne le contestons point; mais que les conditions dans lesquelles ils les ont employées viennent à disparaître, que la constitution atmosphérique change ou se modifie, que la maladie, de sporadique qu'elle s'est montrée à leurs

yeux, devienne épidémique, et on verra ce qu'il faut rabattre de ces brillans succès.

Quant à nous, il nous faut l'avouer ici, nous avons vu souvent les frictions mercurielles réussir, mais plus souvent encore nous les avons vues sans succès. Faut-il pour cela rejeter ce moyen? Assurément non : il faut, au contraire, tenir à grand honneur une médication dont les succès, pour avoir été exagérés, n'en sont pas moins incontestables ; une médication qui peut réussir encore lorsque les autres échouent, et dont l'heureuse influence est d'autant plus évidente et plus précieuse, qu'elle se montre dans des cas où la mort était devenue presque inévitable.

Pour confirmer ce que nous avançons de l'efficacité des frictions mercurielles, nous croyons devoir citer ici avec quelque détail un certain nombre d'observations particulières qui nous permettront d'en apprécier les effets sensibles, et jusqu'à un certain point le mode d'action.

§. Iᵉʳ. *Fièvres puerpérales guéries par les frictions mercurielles et suivies de salivation.* — *Premier fait.* — St.-Den..., âgée de trente ans, primipare, nerveuse et d'une faible constitution, fut admise à la Maternité dans le courant de mai 1829, et y accoucha heureusement le 8 juillet suivant.

La nuit même elle éprouva des douleurs dans les lombes et à l'hypogastre. Le 2 au matin, ces douleurs étaient beaucoup exaspérées; il s'y joignait de la fièvre, une vive céphalalgie et quelques nausées. M. Desormeaux fit appliquer cinquante sangsues, qui tirèrent beaucoup de sang et ne produisirent presque aucun soulagement. Le 3, on recourut de nouveau aux sangsues. Le 4, il y eut un léger amendement et espoir d'une résolution prochaine. Mais le 5, il survint des frissons et une vive recrudes-

cence de tous les accidens; qui nécessita une nouvelle application de quarante sangsues. Le 6, la malade ressentait dans toute la capacité abdominale des douleurs sourdes et profondes; elle avait la face pâle, décomposée, les membres tremblans, le pouls petit, irrégulier; elle laissait échapper continuellement, et sans s'en apercevoir, une grande quantité de matières fécales brunes, très-fétides. Dès-lors on renonça aux évacuations sanguines, auxquelles on substitua les frictions d'onguent mercuriel à la dose de deux gros toutes les deux heures. Le 7 et le 8, on continua le même moyen sans autre effet appréciable que le développement d'un léger érysipèle. Mais le 9, la diarrhée s'arrêta, les douleurs disparurent en grande partie; l'expression de la face devint meilleure. On cessa les frictions. Le 12, il survint une abondante salivation, qui persista cinq ou six jours, après quoi elle céda aux gargarismes astringens et laudanisés, et aux laxatifs huileux. Le 18, la guérison fut complète, et la malade sortit de l'hôpital.

Deuxième fait. — Marguerite Beld...., âgée de vingt et un ans, d'une bonne constitution, heureusement accouchée à la Maternité le 11 juillet 1829, éprouva, au deuxième jour des couches, un frisson prolongé qui fut bientôt suivi de violentes douleurs hypogastriques et d'une fièvre ardente. M. Desormeaux fit aussitôt appliquer cinquante sangsues sur l'abdomen et autant dans la soirée. Les accidens n'en persistèrent pas moins : ils s'aggravèrent même les jours suivans, malgré deux nouvelles applications de cinquante sangsues chacune, l'emploi des bains et de quelques prises de calomélas, données dans l'intention de relâcher le ventre. Le 5, il y eut effectivement plusieurs selles liquides, des sueurs, et quelque amendement dans les symptômes; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée : la nuit même la malade

éprouva de l'agitation et du délire. Le matin, elle avait le ventre très-sensible et fortement météorisé; la face pâle, abattue, la peau sèche et brûlante, la respiration anxieuse, le pouls précipité. On commença alors l'emploi de l'onguent mercuriel à la dose de deux onces dans les vingt-quatre heures; il n'en résulta pas d'abord de soulagement bien sensible; mais le 9, au troisième jour de cette médication, les douleurs diminuèrent, l'affaissement disparut, le pouls se releva. On discontinua l'usage des frictions. Le 10, la bouche se prit; en même temps une diarrhée abondante s'établit, et une grande quantité de matières puriformes s'écoula par la vulve; dès-lors l'amélioration fut évidente; la salivation augmenta beaucoup les jours suivans, et s'accompagna d'une épaisse exsudation à la langue et à la face interne des joues; mais bientôt elle diminua et disparut entièrement à l'aide de gargarismes astringens. La malade sortit de l'hôpital au seizième jour, pâle, bouffie et encore faible, mais hors de tout danger.

Vers les derniers jours, elle avait ressenti dans les muscles du bras une douleur fixe, qui fit soupçonner à M. Desormeaux l'existence d'un abcès profond. Nous ne pûmes savoir ce qu'il en advint par la suite.

Les observations précédentes offrent entre elles beaucoup d'analogie. Des symptômes inflammatoires d'une grande intensité, mais plus locaux que généraux, sont combattus dans les deux cas par les évacuations sanguines, avec une vigueur seule capable d'enrayer la marche d'une maladie aussi grave; et cependant elles ne produisent aucune amélioration; tout au contraire, après quelques momens de ce calme insidieux, qui, comme nous l'avons déjà dit, précède souvent la suppuration, on voit se manifester de nouveaux accidens, plus formidables encore et d'une nature si grave, que la vie ne pouvait

être long-temps compatible avec eux. C'est alors seulement qu'on emploie les frictions mercurielles aux doses précédemment indiquées. Or, nous le demandons, peut-on raisonnablement leur contester l'honneur de la guérison pour l'attribuer tout entier aux évacuations sanguines? Dans un traitement bien entendu, tous les moyens employés doivent, il est vrai, concourir au succès, et nul doute que dans ce sens les saignées locales ne puissent en réclamer une part : si, en effet, elles n'ont pu triompher de la congestion sanguine, au moins est-il probable qu'elles en ont diminué l'intensité, et en cela elles ont préparé et même assuré, si on veut, l'emploi des préparations mercurielles; mais il y a loin de là à leur attribuer des succès, qui n'ont été évidemment décidés en définitive que par les frictions. Il est à remarquer que l'emploi de ce dernier moyen n'a pas été suivi d'une amélioration prompte, instantanée, comme celle qui est ordinairement produite par la saignée ou les sangsues; son heureuse influence ne s'est manifestée qu'après quelques jours d'une incertitude pénible, d'une sorte de combat. C'est qu'en effet, comme nous le verrons plus tard, cette médication paraît attaquer plus directement le principe de la maladie que les évacuations sanguines, qui ne la combattent que dans un de ses effets, nécessaire et important sans doute, mais aussi secondaire et transitoire, c'est-à-dire l'*hyperémie*.

Nous aurions encore quelques réflexions à faire sur l'apparition simultanée de la salivation, de la diarrhée, et enfin de l'écoulement abondant des lochies, que nous avons observé chez nos malades, et en particulier chez la dernière, et aussi de la coïncidence de ces divers actes avec la guérison; mais il nous suffira, pour le moment, d'appeler l'attention sur ce sujet; nous réservant d'y revenir plus tard avec les détails que réclame l'importance du sujet.

§ II. *Fièvres puerpérales guéries par les frictions, salivation et sueurs abondantes.* — Ier *Fait.* — Dub...., âgée de 20 ans, primipare, nerveuse, irritable, éprouva, au troisième jour d'une couche, jusque-là heureuse, tous les symptômes d'une métro-péritonite intense.

On fit successivement pendant les premiers jours deux applications de cinquante sangsues chacune sur la région hypogastrique, et on joignit aux évacuations sanguines les bains de siége, les cataplasmes émolliens, et les divers autres moyens secondaires susceptibles d'assurer le succès des premiers. Tout fut sans succès; aux douleurs vives, aux vomissemens, à la fièvre, qui s'étaient manifestés d'abord et qui subsistaient toujours, se joignit, le quatrième jour, une diarrhée abondante avec météorisme de l'abdomen, de l'anxiété, un grand affaiblissement du pouls, et un certain air d'abattement qui faisait craindre le transport du pus dans le torrent de la circulation. Dès-lors, aux saignées locales, M. Desormeaux substitua les frictions aux doses et d'après le mode précédemment indiqués. Le 7, au 3.e jour de leur emploi, les douleurs abdominales commencèrent à s'amender; les lochies reparurent, mais puriformes et encore peu abondantes; les évacuations alvines diminuèrent de fréquence. Dès-lors on suspendit la médication mercurielle. Le 8, la malade éprouva des douleurs vagues dans les membres. Le 9, elle eut des sueurs très-abondantes et presque continuelles, qui furent accompagnées d'un sentiment de bien-être remarquable et d'un sommeil paisible. Le 10, il survint une salivation médiocre, qui persista pendant quatre jours, après quoi la malade sortit en pleine convalescence.

Deuxième fait. — Henri...., âgée de 27 ans, d'une forte constitution, primipare, heureusement accouchée le 4 novembre 1829, éprouva, le jour même, les premières atteintes d'une métro-péritonite, qui se développa

les jours suivans avec beaucoup de violence. L'ipécacuanha dès le début, les sangsues, au nombre de deux cent dix en quatre jours, les laxatifs huileux, les bains de siége, les cataplasmes, furent mis en usage par M. Désormeaux, et produisirent une amélioration notable. Mais le 8, la malade éprouva de nouveaux frissons, suivis bientôt de nouvelles douleurs; elle avait le ventre météorisé, fluctuant, la peau sèche et chaude, le pouls petit, fréquent, et était, du reste, très-faible et très-abattue. On commença les frictions mercurielles (deux onces d'onguent pour huit frictions chaque jour). Le deuxième jour de cette médication, elle éprouva de l'agitation et un léger délire. Le troisième, elle fut calme et commença à ressentir quelque soulagement. On prescrivit une mixture huileuse pour relâcher le ventre. Le quatrième, elle eut plusieurs selles liquides, et une transpiration abondante et prolongée : la sensibilité de l'abdomen diminua beaucoup. Le cinquième, les douleurs disparurent entièrement; en même temps il survint une nouvelle transpiration, plus abondante encore que la première, et de nouvelles évacuations alvines : dès-lors on discontinua l'usage des frictions. Le sixième, les lochies reparurent et la bouche se prit. Les jours suivans, la salivation augmenta, et ne céda qu'au douzième jour, où la malade sortit guérie.

Troisième fait. — Sueurs abondantes; salivation presque nulle. — Brun..., âgée de 30 ans, primipare, bien portante, fut prise, au deuxième jour de la couche, d'une métro-péritonite accompagnée de violens symptômes inflammatoires. Combattue dès le principe par la saignée, et, les jours suivans, par deux applications de cinquante sangsues chacune, la maladie s'amenda au sixième jour. Toutefois il restait encore dans la fosse iliaque une douleur vive et un empâtement profond, que l'on chercha à dissiper par une application de vingt sangsues et quelques

frictions mercurielles d'un gros chacune. Le 10, la malade eut des frissons. Le 11, elle éprouva de nouvelles et violentes douleurs dans toute la capacité abdominale; en même temps il survint des nausées, du météorisme, une grande gêne dans la respiration et beaucoup d'abattement. M. Desormeaux commença l'emploi de l'onguent à la dose de deux onces pour huit frictions, et prescrivit une potion huileuse. Le 12, elle eut de l'irrégularité dans le pouls, et tomba dans un affaissement tel, qu'à peine elle pouvait articuler quelques mots. On appliqua deux vésicatoires aux jambes, pour relever l'état général et donner aux fonctions le temps d'agir. Le 13, elle se ranima effectivement un peu. Le 14, elle éprouva beaucoup de soulagement, et dormit paisiblement pendant une partie de la nuit. Le 15, les douleurs disparurent entièrement; il survint en même temps un écoulement de lochies puriformes, et plusieurs selles liquides provoquées par deux prises de calomélas de dix grains chacune. Dès-lors, on réduisit l'onguent à la dose d'une demi-once, et le lendemain on en cessa entièrement l'usage.

Le 17, il se fit vers les gencives une légère fluxion qui avorta bientôt. En même temps il se manifesta des sueurs très-abondantes qui persistèrent pendant près de dix jours, et n'empêchèrent cependant point la malade de reprendre graduellement quelques forces. Le 30, on sentit dans l'épaisseur de la jambe un empâtement profond, et bientôt après il survint une collection purulente qui ne tarda pas à se faire jour au dehors. La plaie se cicatrisa en peu de temps, après quoi la malade sortit en bon état au quarante-unième jour.

Dans ces derniers cas, comme dans les deux premiers, les frictions mercurielles ont été employées au moment où les symptômes inflammatoires faisaient place aux accidens plus graves qui annoncent la formation et souvent

l'absorption du pus. Dès-lors les évacuations sanguines devenaient non-seulement inutiles, mais encore nuisibles. Bien indiquées dans la période active, celle d'*hypérémie*, de congestion sanguine, que peuvent-elles, en effet, contre la suppuration? Absolument rien. Elles ne sont propres alors qu'à ôter à l'économie un reste de force dont elle a tant besoin pour se débarrasser du produit accidentel qui la surcharge. Ce produit, en effet, ne peut être évacué directement, comme dans un phlegmon extérieur; d'un autre côté, sa présence au sein des organes n'est point compatible avec l'exercice de leurs fonctions: le problème à résoudre est donc d'en aider l'élimination par nos agens thérapeutiques. Ne serait-ce pas là un des principaux effets de la médication mercurielle? Cette opinion, je l'avoue, est encore bien hypothétique; mais l'observation des différens phénomènes qui en suivent l'emploi ne peut-elle pas lui prêter quelque appui?

Les auteurs qui ont employé les préparations mercurielles dans le traitement de la maladie qui nous occupe ont tous observé que l'apparition de la salivation coïncidait presque toujours avec l'amendement de tous les symptômes; mais ils n'ont point arrêté leur attention sur quelques autres actes non moins remarquables, et que nous avons observés dans les faits précédens. Presque toujours on voit paraître avec la salivation un flux bilieux ou intestinal abondant, ou des sueurs excessives et prolongées, qui sont suivies d'un bien-être remarquable, et qui, loin d'entraver la convalescence, paraissent même aider au rétablissement des forces.

Quelquefois on voit paraître simultanément tous ces différens phénomènes chez le même individu, ou bien ils n'existent qu'isolément, et ne se montrent qu'à la suite les uns des autres; souvent aussi ils paraissent se suppléer mutuellement. Ainsi, dans la dernière observation,

à peine si une légère fluxion commençait à s'établir vers la bouche, qu'elle a été remplacée par des sueurs abondantes. Dans les cas où il ne se manifeste point de salivation, presque toujours, si on observe bien, on remarque quelque autre acte qui devient supplémentaire du premier. Il est probable que ces différentes actions organiques ne sont pas seulement destinées à l'évacuation des fluides purulens, mais qu'elles ont encore pour but d'éliminer les molécules mercurielles, qui, comme l'analyse chimique l'a démontré de nos jours, circulent en nature avec les humeurs, et se déposent au sein des organes.

L'art du médecin consiste donc, non à contrarier ces divers actes (ce serait combattre des symptômes nécessaires), mais au contraire, à les aider, à les soutenir, à en rectifier le cours. C'est là, suivant nous, la médecine vraiment physiologique ; c'est aussi celle de M. Desormeaux.

Entretenir la transpiration par la chaleur du lit, les boissons, les bains de vapeur ; provoquer les évacuations alvines par des laxatifs huileux, soutenir l'action de l'économie par une légère infusion de quinquina, de columbo ; ne combattre ces différens actes que lorsqu'ils menacent de dépasser le but, et toujours les régulariser l'un par l'autre, telle est sa sollicitude constante. C'est qu'en effet, dans ces divers cas, la convalescence est encore une maladie quelquefois longue, pénible, et susceptible, comme nous allons le voir, d'entraîner consécutivement la mort.

§ III. *Fièvres puerpérales guéries par le mercure ; crises difficiles ; convalescence pénible, suivie quelquefois de la mort.* — *Premier fait.* — Virginie-Rose Path., âgée de 24 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, éprouva, au deuxième jour d'un accouchement contre-nature, les premières atteintes d'une métro-péritonite violente. La maladie fut successivement com-

battue, pendant les premiers jours, par cinq applications de sangsues, au nombre total de deux cent vingt, auxquelles on eut soin de joindre les bains de siége émolliens, les injections adoucissantes, les cataplasmes, et quelques laxatifs huileux. L'emploi de ces moyens fut suivi, au sixième jour, d'un léger, mais court amendement: la nuit même il survint des frissons et de nouveaux vomissemens. Le 7, la malade avait le ventre météorisé et uniformément douloureux, la face pâle et grippée, la peau sèche, brûlante; le pouls petit, concentré; son regard, son habitude, exprimaient l'abattement, la stupeur. Les seins étaient, du reste, complètement affaissés, et les lochies nulles: c'est alors que M. Desormeaux eut recours à la médication mercurielle. Au deuxième jour de son emploi, il y eut une amélioration momentanée; au troisième, une nouvelle recrudescence des douleurs, qui nécessita encore une application de cinquante sangsues; au sixième, un soulagement marqué, accompagné d'une transpiration excessive et d'un flux puriforme par la vulve. Dès lors on discontinua l'usage de l'onguent: on en avait employé dix onces et demie. Le 16, il survint une vive douleur de côté avec toux et expectoration, que l'on combattit par une application de dix-huit sangsues, et qui disparut le lendemain.

Le 19, on observait un commencement de fluxion vers la bouche, et de nouvelles sueurs très-abondantes.

Les jours suivans, la salivation augmenta beaucoup; on chercha à la modérer à l'aide d'un gargarisme légèrement astringent et de l'huile de ricin.

Le 27, la malade éprouva de la douleur à l'épigastre, avec bouche amère et pâteuse, anorexie, nausées, et léger mouvement fébrile. Elle prit dix-huit grains d'ipécacuanha et une potion huileuse kermétisée, qui procurèrent des vomissemens très-abondans, plusieurs selles et un soulagement prompt.

Le 30, elle eut un nouveau point de côté et de la toux ; accidens qui furent combattus par l'application d'un vésicatoire.

Le 37, elle sortit faible et souffrant encore, mais hors de danger.

Cette observation nous semble très-intéressante, en ce qu'elle nous fait en quelque sorte assister à la lutte de l'économie contre le principe étranger qui la surcharge, et dont il lui faut se débarrasser à tout prix. Il nous semble qu'on ne peut concevoir autrement la filiation des différens actes que nous venons d'observer ; et les rapporter chacun à des causes différentes serait, selon nous, une manière de voir bien étroite et bien peu physiologique.

Il existe dans l'économie un principe étranger que nous y avons brusquement introduit à des doses énormes ; l'analyse chimique nous l'y montre existant en nature. La physiologie nous apprend qu'il ne peut être assimilé à nos parties ; dès lors n'est-il pas évident qu'il doit être expulsé ? Et comment le sera-t-il, si ce n'est par les divers émonctoires, par les différentes voies ouvertes aux matériaux de la décomposition générale, la peau, la muqueuse intestinale, celle du vagin, qui l'éliminent, mêlé aux sueurs, aux évacuations sanguines, au flux lochial ?

Or, si nous voyons, chez nos malades, l'exagération de toutes ces sécrétions suivre l'introduction d'une grande quantité de mercure dans l'économie, est-ce se jeter dans de vaines hypothèses que de regarder ces différens actes organiques comme un mode d'élimination du produit étranger ? N'est-ce pas, au contraire, se tenir dans les bornes d'une juste et vigoureuse induction ?

Mais ce n'est pas tout : ces diverses fonctions, pour ainsi dire éliminatrices, ne se bornent quelquefois point à la peau, à l'intestin ; elles peuvent encore s'étendre à l'estomac, et même, par une sorte d'erreur de lieu, aux

membranes séreuses, aux parenchymes, comme nous l'avons vu dans l'observation précédente. Autant dans le premier cas elles doivent être favorisées, autant il faut les combattre dans le second; car ici salutaires, là elles seront mortelles. Aussi, en même temps que M. Desormeaux combattait par les sangsues, le vésicatoire, la fluxion qui tendait à s'établir vers les organes thoraciques, nous l'avons vu favoriser celle qui se faisait vers l'estomac par l'ipécacuanha [illegible] kermès en potion.

Mais si la proportion de [illegible] est trop considérable, si les [illegible] organiques sont [illegible] impuissans, [illegible] dernier résultat, comme le prouvent les faits suivans.

Deuxième fait. Traitement par les frictions mercurielles. Mort à une époque très-avancée de la convalescence. Thérèse-Angélique Renou, âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, fut atteinte au deuxième jour de la couche, d'une fièvre puerpérale très-aiguë, que l'on combattit dès le principe par deux applications de cinquante sangsues chacune.

Le quatrième jour, on observait de la sensibilité du ventre, avec nausées et suppression des lochies; vertiges, défaillances, air de souffrance et d'affaissement; sécheresse de la peau, petitesse et concentration du pouls. On commença l'emploi des frictions, auxquelles on joignit le calomélas, à la dose de huit grains chaque jour, combinés avec six grains d'extrait de jusquiame. Le 5, pendant la nuit, la malade éprouva une agitation vive, portée jusqu'au délire; le matin, elle avait la face pâle et profondément abattue, l'œil terne, le pouls faible et ondulant; les mouvemens étaient lents, mal assurés; la voix tremblotante; toute son habitude exprimait la stupeur. A l'emploi des frictions mercurielles on joignit l'application de

deux larges vésicatoires aux cuisses. Le 7 elle eut plusieurs selles liquides, qui furent suivies de soulagement. Le 9, l'amélioration devint plus manifeste, la faiblesse et la prostration diminuèrent, le pouls se releva; il se manifesta en même temps de nouvelles évacuations alvines; et un flux lochial séreux et inodore. Les douleurs disparurent presque entièrement, les pulsations du pouls se régularisèrent; elle eut beaucoup de calme et un sommeil paisible. On continua les mercuriaux: douze onces d'onguent et quarante-huit grains de calomélas avaient été employés [illegible] elle éprouva [illegible] à la bouche et [illegible] mouvements de flexion [illegible] la pas [illegible] un [illegible] ex-trêmement [illegible] très-arides [illegible] évacuations alvines; M. Desormeaux prescrivit [illegible] et quelques doses d'huile de ricin [illegible] avec légère exsudation [illegible] en même temps de la diarrhée [illegible] a, et les [illegible] produisirent [illegible], et des douleurs [illegible] dans toutes les parties du corps, mais particulièrement dans les membres. On recourut [illegible] de vapeur. [illegible] de nouveau [illegible] avec une exsudation grisâtre [illegible] point à la bouche, [illegible]

brane muqueuse de la vulve et de presque tout le vagin ; on observait en outre des vomissemens opiniâtres, un invincible dégoût pour toute espèce de boisson, et des frissons qui alternaient avec une chaleur âcre. Le 33e, elle tomba dans un délire taciturne, et dans un état de prostration profonde d'où elle ne se releva plus. La mort vint terminer au 35e jour cette longue scène de douleurs.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — La cavité de l'abdomen ne contenait aucun liquide ; la surface du péritoine nous parut même dans un état de sécheresse qu'on n'observe point ordinairement ; les intestins étaient libres de toute adhérence ; mais la surface extérieure de l'utérus offrait quelques fausses membranes flottantes, déjà en partie organisées ; le tissu de l'organe, blanc et friable, présentait, près du col, de petits foyers de pus concret du volume d'une noisette. On observait encore vers l'insertion des ligamens larges, une foule de points purulens de la grosseur d'un grain de groseille, et d'une consistance très-voisine de celle des tubercules ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques étaient complètement revenus sur eux-mêmes, et tellement resserrés que nous ne pûmes savoir si la cavité en était oblitérée ou si elle était encore libre.

Du reste, nous trouvâmes la membrane muqueuse de l'estomac ramollie et en partie détruite vers le grand cul-de-sac ; l'intestin grêle parsemé de plaques rouges et de petites ulcérations pâles et arrondies ; le pharynx et l'œsophage recouverts encore, dans plusieurs points, de l'exsudation pelliculaire que nous avions observée pendant la vie ; le lobe inférieur du poumon droit à l'état d'hépatisation rouge ; le cœur flasque, rempli de sang noir, partie liquide et partie coagulé ; le foie volumineux ; la vésicule biliaire distendue par une grande quantité de *bile*, qui

tachait le linge en noir très-foncé; le cerveau, ses dépendances et tous les autres organes, examinés avec soin, n'offrirent d'ailleurs rien de remarquable.

Nous retrouvons dans cette longue et curieuse observation ce combat de l'économie que nous avons déjà observé dans les cas précédens, et en particulier dans le dernier; seulement ici la lutte est inégale, et l'économie, impuissante à se débarrasser du produit étranger qui l'obsède, est en définitive forcée de succomber. Nous voyons apparaître, dans ce cas, une série d'accidens auxquels on ne saurait méconnaître les funestes influences de cet agent: les picotemens, la cuisson de la peau, les plaques érythémateuses, les douleurs vagues et profondes dans les membres, [illegible] de la fièvre, l'anxiété, la prostration, les [illegible] fébriles que nous avons observées chez notre malade, sont en effet généralement regardés comme des phénomènes propres à l'empoisonnement mercuriel, et ne pourraient d'ailleurs être raisonnablement attribués à aucune autre cause.

En opposition à ces graves symptômes, quels efforts salutaires, quelle tendance critique voyons-nous se manifester? Quelques mouvemens de fluxion, qui, incessamment portés vers la bouche, avortent et disparaissent aussi incessamment; du reste, point de sueurs, point d'évacuations alvines, un flux lochial aussitôt arrêté qu'établi. Est-ce faiblesse des différens actes organiques, épuisement produit par la gravité de la maladie? Est-ce, au contraire, intensité d'action de l'agent mercuriel? Nous l'ignorons. Toujours est-il que le traitement le plus rationnel est sans succès. En vain M. Desormeaux, dans sa sage et habile manière d'agir, cherche à provoquer ces diverses évacuations par des bains de vapeur, des laxatifs, il ne détermine que quelques actes incomplets accompagnés d'un amendement passager et bientôt suivis du retour des

mêmes accidens, et, cependant, à cette énorme quantité de mercure, qui, introduite brusquement dans l'économie, circule avec le sang et les diverses humeurs, il faut nécessairement une voie d'élimination. Si elle n'en trouve pas, elle va se déposer dans les organes, briser la trame de leur tissu : de là, des pneumonies, des désorganisations de l'estomac, comme en offrait notre malade. Et qu'on ne dise pas que nous créons des hypothèses : tout ce que nous avançons ici est fondé sur l'observation rigoureuse des faits, appuyé par l'analyse chimique, confirmé par les nombreuses expériences faites sur les animaux vivans.

Nous avions donc raison de dire que, dans les cas de fièvres puerpérales guéries par les frictions à haute dose, la convalescence est encore une maladie, le plus souvent légère, il est vrai, et qui, aux yeux d'un observateur superficiel, ne sort point du cercle ordinaire des convalescences; mais qui, souvent aussi, est longue, fâcheuse, susceptible même d'entraîner secondairement la mort, et qui demande, par conséquent, de la part du médecin, autant de prudence que d'habileté. Il est d'autres cas dans lesquels la mort survient à une époque moins avancée de la convalescence, et avec des symptômes un peu différens de ceux que nous venons d'observer, ensorte qu'il est difficile de dire si c'est à l'influence de la maladie ou à l'action secondaire du remède, à l'empoisonnement purulent ou à l'empoisonnement mercuriel que cette funeste terminaison doit être attribuée. Telle est l'observation suivante.

Troisième fait. — Desr...., âgée de vingt-deux ans, d'une forte constitution, éprouva, au troisième jour de sa seconde couche, les symptômes d'une violente métro-péritonite, qui fut inutilement combattue au début par l'ipécacuanha, et, plus tard, par de nombreuses appli-

cations de sangsues (190 en trois jours). Le cinq, elle ressentait encore dans toute la capacité de l'abdomen des douleurs vives, accompagnées de nausées, de météorisme et d'évacuations alvines abondantes et fétides. La nuit, elle avait éprouvé de l'agitation et du délire; mais le matin, à la visite, elle était abattue et avait la face décomposée, couverte de sueur froide; le pouls faible, inégal et vacillant. La gravité singulière des accidens fit porter l'onguent à la dose de trois onces toutes les vingt-quatre heures, et détermina l'application immédiate de deux vésicatoires aux cuisses.

Pendant les trois premiers jours de l'emploi de cette médication, nous n'observâmes aucun changement appréciable dans les symptômes, et le sort de la malade resta fort incertain; mais le huit, elle commença à éprouver un peu d'amélioration; la face prit une expression meilleure, et les pulsations artérielles acquirent quelque fermeté. Le neuf, elle eut une diarrhée abondante et un commencement de salivation, dormit paisiblement pendant plusieurs heures, et n'éprouva que des douleurs abdominales vagues et bornées à l'hypochondre droit. Le onze, elle était encore faible et abattue; mais elle avait le ventre souple, tout-à-fait insensible à la pression, et le pouls, à peu de chose près, naturel. Les jours suivans, la salivation et les évacuations alvines disparurent; il se manifesta, le soir, une légère exacerbation fébrile, et la nuit, de l'anxiété et du délire. On prescrivit plusieurs émulsions avec l'huile de ricin et une infusion de quinquina. Le quinze, elle tomba dans l'affaissement et périt le dix-huit.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — La cavité du péritoine ne contenait point de liquide; cette membrane était, au contraire, beaucoup plus sèche que dans l'état naturel. On remarquait un grand nombre

d'adhérences filamenteuses déjà consistantes entre les divers organes de l'abdomen, et particulièrement entre les intestins, l'épiploon, l'utérus et ses annexes; il existait, en outre, à la surface de la rate, et surtout du foie, plusieurs membranes épaisses et caséiformes. L'utérus était presque entièrement revenu sur lui-même; on voyait dans son tissu plusieurs stries purulentes, interrompues d'espace en espace, et qui suivaient la direction des vaisseaux. La surface interne n'offrait rien de remarquable qu'une légère couche de sang vermeil et inodore. Nous trouvâmes, en outre, les poumons engoués, la membrane muqueuse de l'estomac colorée en brun foncé dans son grand cul-de-sac, les gros vaisseaux remplis de sang brun, généralement fluide; le reste dans l'état naturel.

Les accidens qui ont entraîné la mort de notre malade sont-ils le résultat de l'affection primitive, ou l'effet secondaire de la médication mercurielle? Nous serions tentés de nous arrêter à cette dernière opinion, en songeant qu'ils ne se sont manifestés qu'à la suite d'une rémission complète des premiers symptômes, et seulement après la disparition de la diarrhée et de la salivation; mais, d'un autre côté, nous sommes forcés d'avouer que ces symptômes, l'anxiété, le délire, l'affaissement, appartiennent plus encore à l'infection purulente qu'à l'infection mercurielle; en sorte qu'on peut raisonnablement attribuer la funeste issue de la maladie à ces deux influences réunies.

Mais il est encore d'autres causes capables de prolonger la convalescence, de la rendre même précaire, incertaine. Quelquefois, après le traitement mercuriel, on voit subsister des engorgemens profonds, des indurations, des foyers purulens, qui entretiennent une fièvre lente, avec exacerbation le soir, et achèvent d'épuiser les forces. Ces accidens secondaires, qui se manifestent quelquefois

aussi à la suite du traitement par la saignée ou le vomitif étaient encore combattus avec succès par les frictions mercurielles, mais à des doses beaucoup plus faibles, et qui ne doivent point dépasser un ou deux gros chaque jour; encore était-on souvent forcé de suspendre le traitement pour le reprendre ensuite, et souvent le suspendre encore.

A ce moyen, d'ailleurs, M. Desormeaux associait encore l'emploi de la pommade d'hydriodate de potasse, les laxatifs et quelques toniques, comme l'infusion de quinquina ou de colombo.

Il nous resterait maintenant à passer en revue les différens cas d'insuccès qui ont suivi l'emploi des frictions; mais ces cas se ressemblent tous, et n'offrent d'ailleurs aucun autre intérêt que le fait même de leur insuccès; nous croyons donc qu'il serait aussi inutile que fastidieux de les rapporter ici en détail; ce qu'il importe de retenir, et ce que nous sommes loin de vouloir cacher, c'est qu'ils sont bien plus nombreux que les exemples de guérison.

Nous nous garderons bien toutefois, nous le répétons, de tirer de ce fait des conséquences opposées à l'emploi de la médication mercurielle; tout au contraire, nous pensons qu'une méthode qui peut obtenir des succès aussi incontestables que ceux que nous venons de voir doit, dans tous les cas, être estimée à grand prix. Que sera-ce si cette médication est encore susceptible d'application, alors que toutes les autres échouent, si elle réussit dans les circonstances les plus désespérées?

(*La suite au prochain Numéro.*)

Observations et réflexions sur les dothinentéries qui ont régné épidémiquement à Rennes (département d'Ile-et Vilaine), pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre de l'année 1828; par M. Toulmouche, *D. M. P. à Rennes, et membre correspondant des Sociétés de Médecine de Bordeaux, Lyon, Nantes, Caen, etc.*

On a déjà beaucoup écrit sur les différentes formes que peuvent revêtir les inflammations du tube digestif, et, dans ces derniers temps, l'attention des médecins semble surtout s'être fixée sur un genre de lésion que M. Bretonneau a le premier désigné sous le nom de dothinentérie.

Cependant, il y a loin qu'on ait pu jusqu'ici, malgré la précision descriptive apportée à ce genre d'étude pathologique, rattacher d'une manière satisfaisante les divers symptômes observés aux altérations reconnues sur les cadavres.

Que l'affection décrite par l'auteur que nous venons de citer soit ou non une maladie spéciale accompagnée d'éruption intestinale, ou seulement une variété pustuleuse de l'entérite, c'est ce qu'il nous est impossible de décider. En effet, les symptômes assignés comme propres à faire distinguer facilement cette pyrexie exanthématique de toute autre, sont, suivant nous, insuffisans pour établir une ligne de démarcation tranchée entre elle et une phlegmasie intestinale ordinaire un peu intense. En outre, malgré ce qu'aient pu dire les divers auteurs qui ont écrit sur la dothinentérie, de la certitude de ses signes, il ne reste pas moins avéré, pour tout médecin de bonne foi, que la science attend d'observations ultérieures les matériaux propres à combler cette lacune dans le diagnostic.

Nous essayerons, dans le récit que nous allons faire des causes, de la marche, des symptômes et de la terminaison de la maladie qui a régné endémiquement dans la ville de Rennes, les trois derniers mois de l'année 1828, de prouver son plus ou moins d'identité avec la dothinentérie, d'en signaler les différences, tant sous le rapport des lésions trouvées à l'ouverture des cadavres que sous celui des signes observés, et enfin, nous dirons le mode de traitement qui a semblé le mieux approprié à la nature du mal.

Comme on pourrait nous reprocher d'adopter, avec la dénomination de dothinentérie, les idées exclusives que son auteur y a attachées, nous déclarons ici que nous sommes disposés à reconnaître que cette dernière maladie est la même que celle décrite sous les noms de *febris putrida*, *synochus putris* par les anciens; de *fièvre muqueuse adynamique* par Pinel; de *fièvre entéro-mésentérique* par MM. Petit et Serres, et enfin de *gastro-entérite* par M. Broussais.

Dans ce travail, nous aurons occasion d'établir un parallèle entre les inflammations ulcératives ordinaires des intestins et celles pustuleuses ou furonculeuses de la dothinentérie, et de discuter les opinions émises dernièrement sur la nature contagieuse de cette dernière.

En soulevant d'aussi hautes questions, nous n'avons pas eu la prétention de vouloir déchirer entièrement le voile que la nature a jeté sur les mystérieuses déviations de ses lois, mais seulement de coopérer, par nos faibles efforts, à indiquer la voie pour éclaircir ces points encore problématiques de notre science. D'autres que nous, aidés d'une plus vaste capacité et d'observations cliniques plus nombreuses, sauront mettre en œuvre d'une manière plus profitable les matériaux épars que le hasard a réunis sous

nos yeux, et que dans cet espoir nous nous empressons d'offrir à leurs réflexions.

Constitution médicale des mois pendant lesquels régna la maladie. Septembre. — On avait observé pendant les quinze premiers jours de ce mois un temps variable. Il était tombé presque constamment de la pluie, et les alternatives de beau temps n'avaient été que très courtes. Depuis cette époque jusqu'au 30, la température était restée assez égale, quoiqu'elle fût devenue un peu plus froide. Les vents avaient varié dans la première période, de l'est à l'ouest et au nord-ouest; dans la seconde, du nord à l'est, au sud-est, au sud et à l'ouest. Les maladies régnantes avaient été des fièvres intermittentes quotidiennes simples ou larvées, tierces, double-tierces, tantôt compliquées d'irritation à l'estomac, tantôt ayant laissé à leur suite un gonflement et une douleur fixés à la région de la rate, plusieurs fièvres rémittentes, et enfin des affections catarrhales et rhumatismales aigues. Dès cette époque quelques dothinentéries s'étaient déclarées, et avaient été considérées par les médecins du pays comme des fièvres muqueuses d'un caractère grave ou des gastro-entérites.

Octobre. — Pendant la presque totalité de ce mois le baromètre s'était maintenu à beau temps et beau fixe. On n'avait guère remarqué que quatre à cinq journées pendant lesquelles il eût plu. Le thermomètre, observé à sept heures du matin et à trois de l'après-midi, avait varié entre $2° + 0$ et 16°.

Les vents, pendant les premiers jours, avaient tourné du nord à l'ouest, au sud et sud-ouest; depuis le 8 jusqu'à la fin du mois, ils s'étaient alternativement fixés au nord, au nord-est, à l'est et au nord.

On continua à voir des fièvres intermittentes en assez grand nombre, des phlegmasies gastriques, des angines

tonsillaires, des bronchites, quelques irritations cérébrales, des œdèmes des jambes à la suite des fièvres périodiques ci-dessus, quelques pleurésies, etc. Les dothinentéries s'étaient multipliées, mais exclusivement dans la ville, quoiqu'il régnât plus de maladies dans les campagnes.

Novembre. — Pendant les quinze premiers jours, le baromètre était descendu de beau temps à variable et à pluie. Cette dernière avait été fréquente et abondante. Le reste du mois, il avait alterné entre beau et variable.

La température s'était maintenue le plus souvent le matin de 6 à 8° + 0. Cependant, par suite de brouillards épais qui régnèrent pendant quelques jours, il descendit à 2° + 0°.

Les vents avaient varié de l'est au sud-est; le 10, ils étaient revenus à l'est, puis au nord; enfin, du 13 au 30, ils étaient retournés à l'ouest et au nord-ouest.

Les maladies les plus fréquentes avaient été des fièvres intermittentes, des bronchites, des affections catarrhales, des gastrites, des gastro-entérites bénignes, des rhumatismes. Les dothinentéries continuèrent, mais avec un caractère moins grave : elles semblèrent à cette époque attaquer de préférence les enfans, tandis que les mois précédens, elles avaient plutôt sévi contre les adultes.

Décembre. — La première semaine le temps fut variable; mais depuis il plut presque constamment jusqu'à la fin du mois. Il survint de fréquens brouillards pendant lesquels la température baissait beaucoup, et l'air se saturait d'humidité.

Le thermomètre varia entre 1° + 0 et 9. Les vents jusqu'au 13 passèrent alternativement de l'est au sud-est, au sud-ouest et au sud-est; du 16 au 30, ils retournèrent au sud-ouest, à l'ouest, au sud, au sud-est et à l'est.

On observa encore des angines, quelques fièvres quo-

tidiennes et quartes, des phlegmasies de l'estomac, des pleurodynies, des bronchites. Les dothinentéries cessèrent presque entièrement. On n'en remarqua plus qu'au grand séminaire, dont les élèves, après avoir été en vacance pendant toute la durée de cette espèce d'épidémie, venaient de rentrer.

Enfin, comme complément aux documens précédens, nous ajouterons : 1.° Que l'été avait été chaud et constamment humide, tellement que les céréales et les foins avaient beaucoup souffert de la continuité des pluies. 2.° Que la maladie n'affecta pas plus un quartier de la ville que l'autre. 3.° Que ceux les plus populeux, et les plus malsains n'en furent pas atteints davantage. 4.° Enfin, que ce furent les classes aisées de la société qui eurent le plus à en souffrir.

M. Destruelles, chirurgien-major de l'hôpital militaire de Rennes, nous dit n'avoir point eu de dothinentéries pendant les trois ou quatre mois qu'elles régnèrent, mais seulement des pneumonies et pleuro-pneumonies, et des phlegmasies ordinaires des organes digestifs.

Prodrômes de la maladie. — Elle était souvent précédée d'un état de malaise général, caractérisé par le défaut d'appétit, le mal de tête, le sentiment d'une grande lassitude ou de faiblesse, par quelques signes d'embarras gastrique ou d'irritation de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire. Ainsi, les malades toussaient ou étaient enchifrenés. Cet état persistait sept ou huit jours, au bout desquels la maladie se caractérisait plus spécialement.

D'autres fois, cette dernière débutait d'une manière encore plus insidieuse. Quelques sujets étaient pris d'une fièvre présentant les types quotidien ou double-tierce, accompagnée d'une soif vive et continuelle, de céphalalgie intense, de rougeur ou d'état saburral de la langue et de sensibilité à l'épigastre. Bientôt les symptômes s'ag-

gravaient, et la première période commençait à se définir d'une manière plus franche. Enfin, chez le plus grand nombre, à une fièvre assez forte succédaient le délire, une douleur vive dans quelque point de l'abdomen, le météorisme, etc.

Première période. — Céphalalgie, visage coloré; chez quelques individus, expression de stupeur; chez d'autres, langue blanche, recouverte d'un enduit muqueux, plus ou moins piquetée vers la pointe et les bords, ou généralement rouge et ayant la plus grande tendance à se sécher; respiration plus ou moins précipitée; inappétence; épigastre tantôt sensible à la pression, tantôt indolent; ventre ballonné, douloureux lorsqu'on le comprime, quelquefois même d'une manière fixe et assez aiguë dans la région cœcale.

Quelques sujets offrirent au début tous les signes d'une affection catarrhale simple; d'autres furent pris d'angine pharyngienne tonsillaire, avec ou sans aphtes. Pendant ce stade de la maladie, le dévoiement survenait ou était presque nul, et plutôt remplacé par un ténesme incommode; il y avait un léger délire, ou des rêvasseries.

Plusieurs enfans présentèrent dès l'origine tous les signes d'une affection cérébrale, tels que trismus, renversement de la tête, mouvement latéral continuel de celle-ci, plaintes ou cris, soubresauts des tendons; dilatation des pupilles, assoupissement ou insomnie, etc.

Deuxième période. — Le passage de la première à celle-ci n'avait rien de fixe, et n'était indiqué que par la tendance des symptômes à se localiser. Ainsi, le météorisme se prononçait davantage; la sensibilité de l'hypochondre droit et le dévoiement augmentaient, quoique l'inverse s'observât dans quelques cas; la soif continuait à être vive; les phénomènes cérébraux sympathiques persistaient avec la même intensité; le pouls donnait de 90 à 120 pulsations par minute.

On observait ordinairement, le matin et le soir, un redoublement de la fièvre et du délire. Le plus souvent elle n'était pas précédée de frisson. Cependant, dans deux ou trois cas, ce dernier fut assez violent pour simuler complètement un accès de fièvre intermittente. Une malade nous offrit même, pendant plus de huit jours, quatre à six de ces frissons par vingt-quatre heures. M. Gendron, en décrivant l'épidémie de dothinentérie qui régna aux environs du Château-du-Loir, dit aussi que, chez plusieurs malades, on vit des paroxysmes alternativement forts et faibles, qui donnaient à la maladie l'apparence d'une fièvre double tierce.

Lorsque les individus ne devaient pas succomber pendant cette période, elle se prolongeait jusqu'au 30.e et 40.e jour; et malgré que l'amaigrissement eût continué à faire des progrès, les symptômes les plus graves, tels que la soif, la tension du ventre, la diarrhée, la sécheresse de la langue, l'enduit muqueux des lèvres et des dents, le délire, la fièvre, etc., n'en diminuaient pas moins peu à peu.

Si, au contraire, la maladie avait été très-intense, et que sa terminaison dût être mortelle, le météorisme persistait, le dévoiement augmentait; souvent il s'y joignait des hoquets, des nausées et une sorte de sputation assez fréquente; le délire devenait continuel, les soubresauts des tendons réitérés; la respiration s'embarrassait de plus en plus; il survenait de la difficulté à avaler, la langue se séchait, les dents et les lèvres se recouvraient d'un mucus d'abord jaunâtre, puis brun; les yeux restaient entr'ouverts, leurs globes portés en haut et très-enfoncés dans les orbites. Plus tard, carphologie, narines rétractées à chaque inspiration, difficulté croissante pour respirer, mussitation; enfin, la mort venait terminer les souffrances, tantôt le 20.e jour, tantôt le 30.e ou 40.e

Chez l'une des malades, dont nous rapporterons plus bas l'histoire, une hémorrhagie intestinale très-abondante, qui dura près de vingt-quatre à trente heures, la précéda de deux jours. Il paraît que les exhalations ou transsudations sanguines des mêmes parties qu'eut occasion d'observer M. Gendron, pendant les dix premiers jours, des dothinentéries qu'il a décrites, loin d'être nuisibles, soulagèrent plus que toute autre évacuation de sang artificielle.

Troisième période. Celle-ci pourrait difficilement être assignée d'une manière précise, puisque, pour les uns, elle commença au 12.e jour, pour les autres au 20.e ou 30.e, et enfin pour une troisième classe encore plus tard.

Quoi qu'il en soit, si la maladie devait avoir une solution favorable, le délire diminuait, ou le plus souvent disparaissait entièrement. Toutefois les convalescens restaient dans un état d'hébétude marqué, les uns pleurant sans sujet, ceux-ci se livrant à des lamentations exagérées sur la gravité de leur état, ceux-là se complaisant à des amusemens d'enfans. M. Gendron avait remarqué la même chose dans l'épidémie de dothinentérie des environs de Château-du-Loir. Les convalescences, dit-il, furent longues et pénibles, et les malades conservaient long-temps une physionomie particulière, qu'on ne pouvait mieux comparer qu'à celles des imbécilles.

La fièvre, qui avait commencé à présenter quelques rémissions, cessait tout-à-fait; seulement le pouls conservait encore de la fréquence pendant quelque temps; la langue s'humectait; l'enduit muqueux des lèvres et des dents se ramollissait et disparaissait insensiblement; le désir des alimens ne tardait pas à se faire sentir; la chaleur de la peau devenait plus naturelle, le ventre souple, le selles plus rares et de plus en plus consistantes, le som-

ment de plus longue durée. Enfin, tous les signes d'une convalescence franche achevaient de se montrer. En général, celle-ci était d'autant plus longue et plus difficile, que les malades avaient été plus gravement atteints et à une époque plus rapprochée de celle du développement de l'endémie que nous décrivons.

Dans cette dernière période, quelques sujets offrirent des accès de fièvre tout-à-fait périodiques, qui cédèrent à l'emploi du quinquina. Un autre, presque convalescent, eut quelques évacuations alvines sanglantes qui ne persistèrent pas, ensorte qu'il se rétablit.

Cette phlegmasie ulcérative des intestins, qui avait été très-grave et bien souvent mortelle, lorsqu'elle commença à sévir au mois de septembre et d'octobre, revêtit en novembre un caractère plus bénin et sembla, pendant ce dernier, atteindre de préférence les enfans, avec cette différence toutefois que sa durée et les convalescences furent beaucoup moins longues.

Pronostic. — Il était, en général, assez fâcheux, puisqu'un assez grand nombre de dothinentériques succombèrent du 12.e au 20.e et 30.e jour, ou même plus tard. Cependant, la mortalité sembla plus forte parmi les adultes que parmi les individus en bas âge.

Traitement. — Il consista dans l'emploi des émissions sanguines locales, toutes les fois qu'un point du ventre était très-douloureux et que l'état des forces générales et la période peu avancée de la maladie permirent d'y recourir. Alors on observa bien souvent, sous l'influence de cette médication, un amendement dans la gravité des symptômes, tandis que, pour peu que ces derniers se fussent montrés alarmans et eussent persisté, on n'obtenait rien de ces évacuations : dans quelques cas même, la mort sembla avoir été accélérée par elles. On y adjoignait des cataplasmes émolliens sur l'abdomen, des bois-

sons délayantes, telles que l'eau de riz, de gruau, les décoctions de racines d'althæa édulcorées avec les sirops de gomme, de limon, etc., des potions avec l'acétate de morphine ou des tiers de lavemens opiacés.

Les révulsifs placés aux extrémités inférieures furent, en général, suivis d'effets tout au moins négatifs, sous le rapport de leur influence sur les accidens cérébraux, comme sous celui des modifications qu'ils apportèrent à la phlegmasie intestinale. Il y a plus : chez beaucoup de malades les vésicatoires se convertirent en véritables ulcères, qui ne guérirent qu'avec lenteur et difficulté; M. Gendron rapporte que, dans les dothinentéries qu'il traita, ces exutoires furent souvent l'occasion de plaies gangréneuses difficiles à cicatriser, qui retardèrent exclusivement les convalescences, et que les sinapismes furent inutiles pour faire cesser la réaction cérébrale.

Chez un enfant dont l'affection du cerveau avait semblé primitive aussi, ou même plus grave que la maladie des intestins, des frictions de pommade mercurielle à haute dose furent faites sur le ventre avec assez de succès pour que ces symptômes inquiétans cessassent. Mais il en résulta une salivation abondante et des ulcérations dans la bouche, dont la persistance contribua beaucoup à retarder le rétablissement.

Dans plusieurs cas, ou pendant la seconde période, la fièvre avait paru revêtir tous les caractères de l'intermittence, et dans lesquels l'emploi de l'anti-périodique semblait indiqué, l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine dans une potion gommeuse aggrava constamment les symptômes, ensorte que l'augmentation du délire, du ballonnement du ventre et de la diarrhée, forcèrent bientôt à suspendre cette médication. M. Gendron vit toujours, comme nous, l'essai du sulfate de quinine nuisible dans les premiers septenaires; il accrut, le plus

souvent, la violence des paroxysmes, et exaspéra les accidens, même pendant l'apyrexie.

Cependant, nous devons à la vérité de dire que M. Bertin, qui dirige l'hôpital St.-Yves de Rennes, nous a affirmé avoir prescrit avec innocuité la décoction de quinquina dans plusieurs cas de dothinentérie, même dans la première période de ces phlegmasies intestinales, et en avoir obtenu des succès. Il avait été conduit à essayer ce remède par la considération de l'espèce d'épidémie de fièvres intermittentes qui régnait alors dans le pays, par celle du type continu que plusieurs d'elles avaient revêtu, et enfin par le succès qu'il avait obtenu dans ces circonstances de l'emploi de ce moyen. D'un autre côté, les résultats pratiques du plus grand nombre des médecins de la même ville furent tout-à-fait opposés, et il n'est aucun d'eux qui ne convînt que, dans la première et la seconde période de ces dothinentéries, l'usage des toniques n'augmentât constamment les accidens.

Nous ne prescrivîmes nullement les purgatifs, ou si quelques essais en furent faits, ils en dégoûtèrent bientôt leurs auteurs. Cependant, M. Bretonneau affirme s'être bien trouvé de l'usage d'un sel neutre dans l'espèce d'épidémie de dothinentérie qu'il observa en 1820 et 1823 dans le département d'Indre et Loire. Quoique nous ne préjugions rien des motifs qui amenèrent cet excellent praticien à suivre cette médication, et que nous nous soumettions à l'évidence des preuves qu'il a données de son efficacité, nous n'en appellerons pas moins de cette thérapeutique et du danger qu'il y aurait à la généraliser. En effet, M. Hewet de Londres avait aussi conseillé les purgatifs, et surtout le calomel, dans la même affection; à l'en croire, il n'en aurait obtenu que de bons effets. Cependant, quel médecin en France a publié des observations de guérison par cette méthode qui puissent faire

croire à la réussite de pareils succès? Croira-t-on, d'ailleurs, que, dans cette phlegmasie furonculeuse, on puisse impunément recourir à des médicamens propres à solliciter l'action péristaltique intestinale, lorsqu'on s'accorde généralement sur l'époque du 15.e au 30.e jour, comme celle à laquelle se détache le bourbillon et à laquelle succède une ulcération qui repose sur la tunique musculeuse ou péritonéale.

Le régime imposé fut très-sévère pendant la durée de la première période, et même de la seconde, puisque durant l'état d'acuité tous les malades furent tenus à une diète absolue ou au simple usage du bouillon coupé; que, lorsque le mal sembla diminuer, on ne permit encore que des bouillons, des potages légers au gras ou au lait, des fécules; et que, enfin, l'on ne commença à accorder des viandes blanches, que lorsque la convalescence parut certaine.

D'après l'observation attentive du genre de lésion trouvée à l'ouverture des cadavres, l'analogie qu'il est permis d'établir entre celles-ci, le furoncle de la peau, la gangrène de certains tissus à la suite d'inflammations spécifiques ou par excès, et même les ulcères succédant au ramollissement ou à la fonte de tubercules, on peut raisonnablement douter qu'aucune médication puisse être exclusivement prônée.

Nous demeurons convaincu que, ici comme dans tant d'autres maladies, le rôle du médecin doit être de chercher à ne troubler en rien le travail de la nature, de n'employer, en conséquence, que des médicamens adoucissans, et de ne recourir aux émissions sanguines qu'au début, et encore lorsque les sujets sont jeunes et vigoureux. Car, que l'on considère la phlegmasie pustuleuse intestinale comme *sui generis*, l'on ne pourra, sans être taxé d'inconséquence, du moins jusqu'à ce qu'on ait

trouvé un agent modificateur de cette spécificité, recourir à d'autres traitemens que ceux de l'empirisme. Que, au contraire, l'on envisage cette affection comme dépendant d'une inflammation par excès, des glandes de Brunner, laquelle se serait terminée par la gangrène, et l'on sera encore obligé de revenir à la médication que nous avons indiquée comme la plus propre à ramener la phlegmasie à ses limites naturelles et à favoriser le travail éliminateur. La méthode expectante suivie par la plupart des grands maîtres dans les fièvres graves, est-elle autre chose que celle-là? N'est-ce pas la même affection, quoique sous d'autres noms, qu'ils ont tant de fois combattue à une époque où les recherches d'anatomie pathologique, moins exactes que de notre temps, ne les avaient pas mis à même d'en apprécier la véritable nature? Enfin, M. Gendron n'a-t-il pas vu comme nous, dans l'épidémie qu'il a décrite, les traitemens les plus rationnels comme les plus empiriques avoir à-peu-près la même proportion de succès et de revers; les évacuations sanguines n'entraver nullement le cours de la dothinentérie, n'en pas abréger la durée et, chez quelques sujets, sembler hâter la mort; tandis que chez d'autres, il arrivait une époque de prostration où l'on regrettait d'y avoir eu recours? Ne pense-t-il pas aussi que toute médication active doit être en quelque sorte exceptionnelle et cesser avec les symptômes prédominans qui l'ont nécessitée? Il le dit positivement. Ainsi, lorsque la céphalalgie, dans le premier septénaire, était accompagnée de délire, de paroxysmes forts, que le pouls était rebondissant, il faisait pratiquer une saignée au bras. Dans le cas de douleurs à l'épigastre et de vomissemens, il recourait aux sangsues, qu'il faisait appliquer sur la partie. Il prescrivait des lavemens émolliens, et il continuait ces moyens pendant les deux premiers septénaires. Il préférait l'eau de Seltz au sel

d'epsum de M. Bretonneau. La boisson était de l'eau d'orge, de riz, panée, sucrée ou pure. Enfin, dans les troisième et quatrième semaines, il permettait l'eau légère de lichen, de gruau, l'infusion de choux verts, d'oseille, le bouillon de veau, de poulet, l'eau vineuse; et dans la cinquième, quelques grains de sulfate de quinine, des bouillies, des panades, etc.

Obs. I.re — Clarisse, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant la peau fine, très-blanche, et sujette, depuis plus de deux mois, à une diarrhée habituelle, et aux hémorrhoïdes, fut atteinte, dans les derniers jours d'octobre, d'une indisposition qui présenta les symptômes ordinaires à une affection catarrhale bénigne, bien qu'on eût observé pendant sa durée un peu de dévoiement avec ténesme, mais sans météorisme du ventre. La langue était blanche, légèrement piquetée, la soif peu vive, l'appétit nul, la bouche pâteuse.

La malade continua, jusqu'au 9 novembre, à se plaindre d'une grande faiblesse et de douleurs sourdes à l'épigastre et au ventre, quoique ce dernier ne fût que peu sensible à la pression. Elle éprouvait en même temps des éructations, le décubitus était dorsal, le sommeil presque nul, et les envies d'aller à la garde-robe fréquentes, sans grandes évacuations. Pendant toute cette première période, des boissons adoucissantes avaient été prescrites, ainsi que des tiers de lavemens opiacés, des pédiluves sinapisés, des cataplasmes émolliens; on avait permis des bouillons et quelques bouillies légères.

Le 10, sentiment de froid très-marqué, vomissemens auxquels succède un fort accès de fièvre. Redoublement dans la nuit, soif très-vive, augmentation du dévoiement, léger délire, plus de symptômes d'affection catarrhale.

Le 11, grande faiblesse. Vers neuf heures du matin, frisson tellement intense, qu'on accable inutilement la malade de couvertures et d'oreillers pour la réchauffer; vomissemens, fièvre, soif inextinguible; langue toujours assez humide et dénotant peu d'irritation. Croyant appercevoir dans ces symptômes une périodicité marquée, des doses de quinquina furent administrées à midi, à une heure et à trois. A quatre, nouvel accès aussi fort que les précédens. Vers la fin, le même médicament fut encore donné, mais de nouveaux paroxysmes ne survinrent pas moins la nuit suivante. Le lendemain, ils semblèrent même se rapprocher et plus marqués. La malade se plaignit en outre de plus de gêne au creux de l'estomac, d'augmentation de la diarrhée et d'un malaise plus prononcé.

Le 12, stupeur, pâleur du visage, langue piquetée, sensibilité de l'épigastre, et surtout du ventre, à la moindre pression; éructations, selles peu abondantes, malgré le besoin fréquent de se présenter à la garde-robe. Fièvre continue, soif vive, peu de céphalalgie, inquiétudes, sentiment d'une grande faiblesse. A huit heures du matin, frisson, vomissement et accès de fièvre très-fort, pouls plus mou. (*Suppression de toute préparation de quinquina, eau de riz gommée, tiers de lavemens opiacés, synapismes aux jambes, potion avec l'acétate de morphine pour la nuit, diète.*)

Le 14, Douze sangsues sont appliquées sur le ventre. Vers le soir, frisson et accès fébrile, pâleur du visage, prostration.

Les 16 et 17, fièvre continue, mais avec deux redoublemens, l'un à neuf heures du matin, et l'autre le soir; langue blanche et rouge à la pointe; soif, météorisme abdominal. Les selles, qui, jusqu'alors, avaient été assez liées, deviennent tout-à-coup liquides; tension et sensibi-

lité du ventre un peu diminuées ; visage rouge, yeux brillans, insomnie ou assoupissement avec rêvasseries ; cependant intégrité des facultés intellectuelles. (*Eau de gruau seule ou avec le sirop de gomme, cataplasmes émolliens sur le ventre qu'on fait alterner avec des frictions d'huile de camomille camphrée, sinapismes, deux bouillons.*)

Le 18, fièvre et météorisme moindres, pâleur du visage ; une seule évacuation alvine ; urines plus abondantes, légère moiteur à la peau.

Le 20, depuis deux jours la fièvre semble être devenue périodique ; on observe un accès avec frisson à dix heures du matin, et l'autre à six heures du soir ; et dans l'intervalle apyrexie presque complète. Pour la première fois, on remarqua un peu de délire et de dureté dans l'ouïe. Ventre plus souple, sensibilité plus vive à l'épigastre, langue sèche. (*Prescription de douze sangsues, dont l'application fut ajournée à cause de l'invasion de l'un des accès ; vésicatoire à une jambe, potion avec douze grains de sulfate de quinine, à donner entre les deux accès ; eau édulcorée avec un mélange de sirop de limon et de gomme.*)

Le 21, paroxysme à huit heures du matin, déjections alvines liquides involontaires, soif un peu moins vive, nausées de temps en temps qui obligent à suspendre la potion ; ventre sensible à la pression, rêvasseries ou assoupissement. A six heures du soir, pouls donnant 140 pulsations par minute. (*Eau de gruau ou de riz avec le sirop de gomme, qu'on fait alterner ; levée du vésicatoire.*)

Le 22, la fièvre a repris le type continu ; douleur à l'estomac, éructations, envies de vomir et crachottemens continuels, délire tranquille, traits profondément altérés, vomissemens, soif moindre, perceptions confuses,

diarrhée abondante, dont la malade n'a plus la conscience ; quelques caillots de sang furent rendus dans ces évacuations.

Le 23, visage très-pâle, fièvre; langue rouge, mais peu sèche; désir et efforts pour se lever et repousser les couvertures; hémorrhagie intestinale pendant la nuit, ensorte que le lendemain matin on trouva la chemise de la patiente souillée de sang, dont quelques portions coagulées étaient même assez volumineuses. (*Eau avec le sirop de grande consoude et de mûres.*) Mort dans la nuit. On s'opposa à ce que nous fissions l'autopsie du cadavre.

Si nous avons cité cette observation, qu'on pourra regarder avec raison comme très-peu concluante, puisque la vérification nécroscopique ne put y être jointe, ce n'a été que dans le but d'offrir un historique détaillé des symptômes de l'espèce de phlegmasie instestinale qui a régné dans notre ville.

Nous avons voulu que le lecteur pût juger, par l'énumération des signes présentés par cette malade, s'ils étaient suffisans pour caractériser une dothinentérie, ou si l'on aurait pu tout aussi bien les rapporter à une gastro-entérite grave. Quoi qu'on en puisse décider, nous n'en restons pas moins convaincus que cette affection n'était autre que celle qui régnait endémiquement alors, puisque les symptômes furent, à peu de chose près, les mêmes que chez tant d'autres individus qui succombèrent, et dont nous fîmes les autopsies cadavériques.

L'hémorrhagie intestinale qui survint l'avant-veille de la mort, ne peut être attribuée qu'à l'érosion de quelques vaisseaux mésaraïques qui se seront rompus dans le travail d'élimination, et nullement à la surexcitation ou à l'extinction des propriétés vitales.

L'historique de cette maladie est encore intéressant sous le rapport de l'espèce de périodicité que la fièvre

sembla revêtir pendant quelque temps, et sous celui des mauvais résultats de l'emploi du quinquina pour la rompre. En effet, les symptômes phlegmasiques s'exaspérèrent chaque fois qu'on voulut recourir à cette médication tonique, et l'on ne parvint nullement à obtenir l'effet anti-périodique que l'on a droit de se promettre communément de l'usage rationel de ce médicament.

Nous observerons que cette jeune fille, abusant habituellement du coït et des liqueurs spiritueuses, avait éprouvé, depuis près de trois mois, de fréquentes alternatives de dévoiement, et que, par cela seul, elle dut se trouver dans les conditions les plus favorables à l'invasion de la dothinentérie; enfin, que la blancheur et la finesse de sa peau, la teinte blonde de ses cheveux et l'issue fatale de la maladie, confirment la remarque faite par M. Bretonneau sur les chances plus défavorables pour guérir, dans lesquelles se trouvent les personnes qui offrent cette habitude extérieure du corps.

Obs. II.e — Julien Convert, âgé de 27 ans, ouvrier, fut amené, le 22 novembre, à l'hôpital St.-Yves, et y séjourna jusqu'au 28, où il mourut. Il offrit pendant les premiers jours les symptômes d'une gastro-entérite d'un caractère grave, tels que céphalalgie, rougeur et sécheresse de la langue, fréquence très-grande du pouls, sensibilité et météorisme léger du ventre, décubitus sur le dos, air de stupeur, délire, douleur à l'épigastre, diarrhée, etc.

Les signes qui pouvaient indiquer une lésion spéciale des intestins se dessinèrent plus fortement dans la dernière période de la maladie.

Quelque rationels que furent les moyens opposés au mal, le dévoiement ne continua pas moins d'augmenter, ainsi que la stupeur, l'amaigrissement, la fuliginosité des

étant plus gorgés de sang que dans l'état ordinaire. Le pancréas et la vessie étaient dans leurs conditions normales.

Si l'on établit un rapprochement entre les symptômes observés ici et les lésions trouvées à l'autopsie du cadavre, on sera forcé d'attribuer ceux qui se dessinèrent pendant la première moitié de temps qu'ils persistèrent, à une simple entérite, comme les traces d'inflammation diffuse rencontrées sur la muqueuse intestinale sembleraient le démontrer assez pour douter de l'exactitude des remarques faites sur tel ou tel jour de développement des dothinentéries. En effet, suivant M. Bretonneau, dès le douzième jour, les plaques rouges résultant de la tuméfaction des glandes de Brunner offrent à leur sommet de légères érosions. Or, dans cette observation, c'est au 26.e jour qu'on rencontra ces dernières; à moins donc qu'on ne veuille envisager le cas en question comme un exemple d'entérite grave, il faudra bien admettre que la dothinentérie ne se développa que dix à douze jours avant la mort; ou conclure, avec M. Leuret de Nancy, que M. Trousseau a donné trop peu de latitude aux diverses périodes de cette maladie.

Obs. III.e — Maria Ivon, âgée de 40 ans, fut reçue, le 1.er novembre, à l'hôpital civil de Rennes. Comme elle ne se plaignait que fort peu, elle ne fixa nullement l'attention les deux premiers jours. Ce ne fut qu'à la troisième visite qu'on s'aperçut qu'elle avait une fièvre continue, et qu'on commença à avoir quelques craintes sur la véritable nature de sa maladie. Les symptômes observés pendant sa durée furent les suivans : langue sèche et couverte d'un enduit jaune foncé, soif vive, perte de l'appétit; nulle douleur à l'épigastre et à l'abdomen, malgré un dévoiement considérable, puisque la malade allait de douze à quinze fois à la selle par vingt-quatre heures.

Pouls très-fréquent et fort (120 à 130 pulsations par minute). Plus tard, les lèvres et les dents se recouvrirent d'un enduit fuligineux. La gorge ne fut nullement douloureuse.

Quelque traitement qu'on employât, les symptômes continuèrent à s'aggraver, et la malade succomba le [illegible] novembre.

Autopsie cadavérique. — Elle fut faite trente-trois heures après la mort. Le crâne ne fut pas ouvert.

Thorax. — Le poumon droit, quoique présentant de l'engouement, était dans son état naturel. Le gauche se déchirait assez difficilement dans sa partie postérieure et inférieure. La membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches était d'un rouge brun. Le cœur et l'origine des gros vaisseaux n'offrirent rien de particulier.

Abdomen. — La membrane de l'œsophage était blanche, celle de l'estomac légèrement pointillée en rouge vers l'orifice cardiaque.

Le duodénum et le jéjunum étaient remplis d'un liquide jaune, fortement adhérent à leur surface interne. L'iléon contenait un vers lombric. La muqueuse, dans les deux derniers pieds de cet intestin, offrait vingt et une ulcérations ayant leur siége sur autant de plaques. Les portions de la même membrane qui les séparaient ne présentaient pas la plus légère trace d'inflammation ; elles semblaient même dans ces endroits plus blanches que de coutume.

Immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cæcale, s'observaient douze à quinze ulcérations de grandeur et de forme variables. Les ganglions mésentériques correspondans à la fin de l'iléon étaient engorgés, légèrement rouges et sans altération de tissu. On trouva dans le cœcum deux trichocéphales et des matières fécales très-liquides. En outre, depuis la valvule jusqu'à la fin de l'S

romaine du colon, on rencontrait une quantité innombrable de petits boutons plus blancs que n'est dans l'état naturel la membrane muqueuse qui tapisse ces parties; leur sommet commençait à s'ulcérer, et dans quelques-uns l'érosion était si petite, qu'on aurait pu à peine y introduire une tête d'épingle. On pouvait, sans exagération, porter le nombre de ces petites pustules et de ces ulcères à six ou huit cents. Le rectum était sain, et le foie un peu plus jaune que dans l'état ordinaire, quoique la vésicule n'offrît rien de particulier à noter.

Plus petite que de coutume, la rate présentait, à sa partie postérieure et inférieure, une plaque blanche, de consistance cartilagineuse, du diamètre d'une pièce de cinq francs, et d'une demi-ligne d'épaisseur. Les reins, la vessie, l'utérus et les ovaires, étaient dans leurs conditions normales.

Ici, les lésions rencontrées dans l'iléon et le cæcum furent assez en harmonie avec celles assignées au quinzième jour par M. Trousseau, puisqu'on trouva, dans le premier, la plupart des glandes de Peyer tuméfiées et ulcérées. Cependant, nous ferons remarquer que le détachement des bourbillons dût s'être effectué quelque temps avant cette époque; autrement on serait forcé d'admettre que les ulcérations, dans cette maladie des intestins, pourraient s'effectuer d'une autre manière que par la chute de cette espèce d'escarrhe, qui, au reste, ne serait pas impossible. En effet, dans l'affection que nous décrivons, nous rencontrâmes plusieurs fois et en même temps des ulcérations, tantôt ayant tous les caractères dothinentériques, tantôt offrant ceux des érosions ordinaires de l'entérite. Dans quelques cas, une autre altération de la membrane muqueuse, consistant dans une rougeur diffuse telle qu'on la voit dans la phlegmasie ordinaire: enfin, nous ajouterons que M. Scoutteten a publié, dans

le Journal complémentaire des Sciences médicales, années 1827 et 1828, plusieurs observations à l'appui de cette opinion.

Ainsi donc, jusqu'à ce que la nature intime des tissus élémentaires des intestins nous soit bien connue, il faudra de toute nécessité admettre certaines irritations ou phlegmasies ulcératives commençant à se développer dans le réseau capillaire de la membrane muqueuse, et finissant par la détruire, sans qu'il soit besoin, pour expliquer ce dernier effet, de toujours supposer la lésion préalable des glandes de Peyer et de Brunner, ou la présence d'une éruption furonculeuse dans les parties malades, quoique, pendant certaines constitutions médicales, nous ne puissions nier que ces dernières altérations ne précèdent réellement.

Obs. IV.ᵉ — Julienne Lepecq, âgée de 32 ans, malade depuis huit jours, fut amenée à l'hôpital Saint-Yves dans un état tellement grave, que, malgré qu'elle prétendît n'être qu'indisposée lorsqu'on l'interrogeait et qu'on fixait fortement son attention, on jugea tout d'abord qu'elle ne tarderait pas à succomber. L'événement confirma le lendemain ce fâcheux pronostic. Cette femme expira en effet dans la journée, après avoir offert les symptômes suivans : Visage profondément altéré, langue rouge et sèche, gencives et lèvres recouvertes d'un enduit muqueux noirâtre, desséché, léger météorisme du ventre, dévoiement, fièvre continue, délire, etc.

Autopsie cadavérique faite vingt-quatre heures après la mort. — *Habitude extérieure.* — Amaigrissement peu considérable, raideur cadavérique prononcée, visage pâle, son mat du côté gauche de la poitrine.

Tête. — Os du crâne très-minces, nulle infiltration du cuir chevelu, dure-mère injectée, ne présentant point de grande faulx, mais se terminant brusquement en arrière

de la grande scissure par un repli très petit, à bord inférieur semi-elliptique. La partie interne de chacun des hémisphères du cerveau se touchait immédiatement, en sorte que les circonvolutions s'enfonçaient les unes dans les autres, en se dessinant comme celles des intestins. La membrane arachnoïde qui les recouvre était épaissie et d'un rouge intense. Dans tout autre point il n'en était plus ainsi.

La substance cérébrale était [illegible] ferme; il en suintait à la section quelques gouttele[illegible]uines. Les cavités des ventricules étaient presq[illegible] les plexus choroïdes [illegible] de sang; mais l[illegible]rties étai[illegible] dans l'état [illegible] La fermeté [illegible]bérance [illegible]ire et des [illegible]les était ass[illegible] ce[illegible]é-senta[illegible] particulier.

Th[illegible] La mem[illegible]use [illegible] et trach[illegible] d'un [illegible] qu'u[illegible] ne pouv[illegible]dir.

Le [illegible] gauche [illegible] infé-rieur [illegible] pseudo[illegible] ez ré-cent[illegible] ses sur[illegible] externe du [illegible] ration rou[illegible] carac-téri[illegible] nt, d'un [illegible] lules pul-[illegible] résentaient

dans leurs intervalles, le tissu pulmonaire avait conservé toute sa perméabilité à l'air. Le bord et la partie postérieure du même organe offraient un engorgement sanguin cadavérique.

Le péricarde ne contenait pour ainsi dire pas de sérosité. Le cœur, un peu plus gros que le poing du sujet, était distendu dans ses cavités droites, dont les parois avaient l'épaisseur ordinaire, par du sang noir en partie liquide, en partie coagulé. Celles de gauche pouvaient bien avoir neuf lignes, et n'étaient pas très-fermes. Il n'y avait pas de coloration en rouge, soit de la membrane qui tapisse les cavités de cet organe, soit de celle qui revêt l'origine ou la continuité des gros troncs artériels.

Abdomen. — L'œsophage était sain. L'estomac, assez vaste, présentait vers l'orifice cardiaque, au fond du grand cul-de-sac, dans d'autres points de sa membrane muqueuse, et sur quelques-uns des replis qu'elle forme au pourtour du pylore, des rougeurs piquetées non circonscrites.

Le duodénum était généralement rouge, couleur qui semblait dépendre d'une injection sous-muqueuse très-fine. Le pancréas, quoiqu'assez volumineux, était dans l'état normal.

On voyait çà et là, dans le jéjunum, plusieurs plaques rougeâtres, et dans le reste de sa surface interne une injection de ses vaisseaux sanguins. Vers le milieu de l'intestin iléon, on commençait à rencontrer quelques taches de forme ronde, irrégulières, saillantes, recouvertes par la membrane muqueuse épaissie et comme tomenteuse dans ces points. Leur circonférence était entourée d'une auréole rouge dont la couleur diminuait par gradation. Ces plaques, qui étaient d'abord assez éloignées les unes des autres, et dans les intervalles desquelles on apercevait un grand nombre de pustules (glandes de

Brunner enflammées), se rapprochaient et se multipliaient d'autant plus qu'on les examinait plus près de la fin de l'intestin. Leur ulcération semblait avoir été toute aussi graduelle, et on pouvait suivre aisément la succession de leurs progrès. Ainsi, on rencontrait d'abord une érosion très-superficielle de la membrane muqueuse, sans que la circonférence formât bas-relief, tandis que dans les points que la maladie avaient envahis depuis plus longtemps, le fond des ulcères était fissuré, leurs bords tuméfiés, coupés à pic, renversés et d'un rouge plus intense. Leur base, d'une couleur jaune qu'aucun lavage ne pouvait diminuer, était comme lardacée et formée de petits débris irréguliers, ayant l'aspect d'escarrhes fortement adhérentes. Dans les plus grandes, on pouvait enlever par plaques épaisses ce tissu décomposé qui, dans les couches superficielles seulement, paraissait entièrement privé de vie, et pouvait être comparé à de la fibrine décomposée. A mesure qu'on le détachait avec le scalpel, il offrait plus de résistance à se laisser déchirer; son adhérence la plus profonde semblait être à la membrane musculeuse intestinale, qu'on trouvait rouge, mais encore saine, ainsi que l'enveloppe péritonéale.

Enfin, vers la partie inférieure de l'iléon, les ulcérations devenaient tellement nombreuses, qu'elles avaient envahi par longues bandes transversales la presque totalité de l'intestin, dans l'étendue de trois pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Leurs bords, beaucoup plus découpés et irréguliers, formaient des bourrelets saillans de plus d'une ligne et demie, et de forme plus arrondie que ceux des premiers. Leur fond, tapissé par le tissu désorganisé déjà décrit, avait, dans quelques endroits, l'apparence de choux-fleurs vénériens, et reposait immédiatement sur le péritoine épaissi.

Les pustules intermédiaires à ces ulcères étaient d'au-

tant plus nombreuses et plus rapprochées, qu'on les observait plus près de la fin de l'iléon. On pouvait étudier la marche graduelle de leur production, de leurs progrès, et sous ces rapports distinguer trois degrés.

Dans celles au premier, les pustules avaient la forme des boutons de la variole lorsqu'ils se développent, c'est-à-dire, que la muqueuse était gonflée, ramollie, formant une petite tumeur parfaitement ronde; d'une couleur jaune orange, tranchant sur celle de l'auréole inflammatoire qui les circonscrit. (Glandes de Brunner tuméfiées.)

Dans celles au second, ils offraient à leur sommet un petit godet, résultat d'un commencement d'érosion de la membrane muqueuse. Cette dépression, beaucoup plus prononcée dans quelques-uns, leur donnait tout-à-fait l'aspect des pustules déprimées de la variole parvenue à son second stade; d'autres présentaient assez bien le *faciès* de chancres vénériens.

Enfin, dans les boutons arrivés au troisième degré, on voyait des espèces de petits furoncles former, en réunissant et confondant leurs érosions avec celles des plaques constituées par les glandes enflammées de Peyer, les ulcères que nous avons décrits ci-dessus.

La membrane muqueuse de l'iléon légèrement gonflée et plus molle que dans l'état naturel, était dans à-peu-près l'étendue d'un pied et demi de sa partie inférieure, d'un rouge intense dont la couleur se fondait insensiblement avec celle du reste de l'intestin.

La valvule iléo-cœcale était irrégulièrement déformée par de larges ulcérations de plusieurs points de sa circonférence. L'éruption pustuleuse s'étendait jusque dans son cul de-sac, mais plus rare; enfin elle se terminait au commencement du colon. Toutes les glandes mésentériques étaient engorgées, enflammées et d'autant plus grosses, qu'on les examinait plus près du cœcum où plu-

sieurs avaient le volume d'un œuf de pigeon. En les fendant, leur intérieur offrait un tissu granulé très-fin, rouge ou rosé, facile à écraser entre les doigts, et traversé d'une quantité innombrable de petits vaisseaux sanguins. Leur enveloppe péritonéale était très-peu épaisse, tandis que le tissu cellulaire contenu dans les duplicatures du mésentère l'était davantage et se laissait déchirer aisément. Le reste du gros intestin ne présenta rien de particulier. Le foie, quoique très-volumineux, était sain, et sa vésicule très-distendue par une bile jaune. La rate, assez grosse, contenait beaucoup de sang, et s'écrasait sous la moindre pression. Les reins et la vessie furent trouvés dans leur état normal.

Dans l'observation que nous venons de relater, on peut reconnaître, à l'ouverture du cadavre, les caractères anatomiques assignés aux diverses phases des dothinentéries. Aussi l'on remarquait dans quelques points du jéjunum, et surtout dans l'iléon, des plaques rougeâtres, irrégulières, saillantes, recouvertes par la membrane muqueuse, épaisse et ramollie, et entourées à leur circonférence d'une auréole rouge. (Glandes de Peyer enflammées, telles que les a décrites M. Trousseau au neuvième jour de la maladie.) Dans un aussi grand nombre d'autres, on voyait ces dernières érodées superficiellement; enfin on achevait de suivre les progrès plus avancés de leurs lésions dans ces ulcérations profondes, à bords tuméfiés, renversés, taillés à pic, à fond jaune, fissuré, comme lardacé ou formé d'un tissu décomposé.

Ici il est probable que la maladie s'était développée long-temps avant l'époque à laquelle la patiente fut conduite à l'hôpital. Autrement, cette observation viendrait corroborer la remarque faite par nous, de la variabilité de période et de mode de développement de l'éruption furonculeuse, d'acuité de sa marche, et prouver com-

bien la nature se joue de nos subdivisions, et conserve rarement dans ses aberrations la marche méthodique que notre esprit voudrait imprimer à ses actes.

Nous aurions pu citer un grand nombre de faits, mais c'eût été donner à ce mémoire, déjà trop long, une extension fastidieuse. Nous avons cru devoir nous borner à ceux qui nous ont semblé les plus intéressans, sous le rapport des lésions rencontrées après la mort. Nous terminerons en essayant de décrire la disposition de cicatrices trouvées au nombre de quinze à vingt, dans les intestins d'un enfant qui était sorti guéri d'une dothinentérie très-intense, dont il avait été atteint au mois de novembre de l'année 1828, et qui succomba en février, à l'épuisement résultant de la suppuration abondante de vésicatoires dégénérés en ulcères.

La membrane muqueuse était généralement pâle : cependant elle dessinait par une légère saillie et par un état un peu tomenteux, la circonférence irrégulière des anciennes plaques et des ulcérations qui avaient existé dans les intestins grêles. Ce pourtour était légèrement injecté dans son réseau capillaire, et d'une teinte un peu plus rouge qui se confondait par une dégradation insensible avec la couleur plus blanche des cicatrices qui en formaient ainsi le centre. Ces dernières étaient constituées seulement par la séreuse péritonéale et la membrane musculeuse sur laquelle s'était organisé un tissu muqueux un peu plus dense que celui du reste du tube intestinal, et tellement adhérent, qu'on ne pouvait le faire mouvoir et glisser sur le plan musculeux, comme on le faisait pour la même membrane dans tout autre point. En examinant avec la loupe la place de ces ulcérations, on retrouvait dans toutes, les fibres musculeuses au-dessous de la membrane muqueuse; seulement cette dernière était beaucoup plus mince dans ces endroits que partout ailleurs.

partageons pas en tous points son opinion. Nous admettons bien, comme lui, que souvent elle en est un effet; mais nous avons pu nous convaincre un assez grand nombre de fois, pendant l'espèce d'épidémie qui a régné à Rennes, que la maladie n'était pas bornée aux seules glandes de Peyer et de Brunner; mais qu'elle commençait souvent par la membrane muqueuse, la phlegmasie de cette dernière existant parfois dans des points éloignés de toute éruption pustuleuse. En outre, dans plusieurs cas, les intervalles des plaques et des boutons étaient tout-à-fait exempts d'inflammation. Enfin, une véritable entérite avait quelquefois précéder le développement de la dothinentérie: du moins on pouvait le préjuger d'après l'ancienneté des symptômes qui avaient précédé et le genre d'altération pathologique rencontré après la mort.

Les faits remarqués pendant l'épidémie que nous décrivons tendent à faire rejeter toute idée de contagion, malgré que M. Leuret, de Nancy, pense le contraire. En effet, nous ne vîmes pas une seule des personnes qui soignaient avec le plus d'assiduité et le moins de précaution les malades, contracter l'affection régnante. Il y a plus; nous fûmes témoins d'un exemple qui pourrait rendre cette assertion encore plus concluante. Un officier de cavalerie, très-attaché à la jeune fille qui fait le sujet de la première observation, continua à coucher avec elle pendant presque toute la durée de la maladie grave à laquelle elle succomba, sans éprouver aucun effet nuisible de ce contact immédiat. Enfin, les infirmiers, les sœurs et les élèves qui faisaient le service dans les salles de l'hôpital où se trouvaient réunis un assez grand nombre de dothinentériques ne furent nullement atteints.

Nous ne croyons pas l'assertion de M. Bretonneau sur l'augmentation progressive du nombre des glandes de

Brunner, à mesure qu'on les examine, plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale, incontestable. Car, chez plusieurs malades qui avaient péri de dothinentérie, et que nous ouvrîmes, nous trouvâmes plus de plaques formées par celles-ci dans les portions moyenne et supérieure de l'iléon que dans l'inférieure.

S'il est permis de hasarder quelques idées sur les causes présumables du développement de cette espèce d'épidémie, malgré que celles qui tiennent à la constitution atmosphérique n'aient pas encore été bien saisies; qu'elles soient enveloppées pour nous d'un voile épais, et qu'il ne nous ait pas été possible jusqu'ici de les apprécier, ni de les caractériser, nous dirons que l'été précédent pouvait avoir prédisposé, par sa chaleur et son humidité, les membranes muqueuses digestives à être atteintes de phlegmasie; et que la température, en devenant ensuite beaucoup plus froide, y développa facilement des irritations, aidée qu'elle dût être par les écarts de régime assez ordinaires à la classe aisée sur laquelle la maladie sembla sévir de préférence. A moins qu'on ne veuille attribuer cette dernière comme l'a fait M. Janin pour Figuières, à la position topographique de la ville de Rennes, bâtie sur un terrain plat, très-boisé et assez marécageux par la suite de la nature argileuse de son sol et des inondations fréquentes des deux petites rivières qui l'arrosent, ou aux fièvres intermittentes simples et insidieuses et aux affections gastriques qui règnent endémiquement dans le pays pendant l'été; ou enfin, ce qui est au moins hypothétique, aux remuemens récens de terres plus ou moins humides qui venaient d'avoir lieu pour le creusement du nouveau canal d'Ille et Rance.

Quoi qu'il en puisse être de la préférence à accorder à l'une plutôt qu'à l'autre de ces suppositions, ce ne sera pas moins un fait d'observation : que les saisons exercent,

dans la production des maladies, une influence qui en fait varier incessamment la fréquence et le siége. Qu'ainsi, les phlegmasies de la poitrine et de la gorge appartiennent plus particulièrement au printemps; que l'été est plus fertile en affections bilieuses et en fièvres exanthématiques, en lésions abdominales et en fièvres intermittentes, et l'hiver en maladies inflammatoires et catarrhales, selon qu'il est doux ou rigoureux.

Les auteurs qui ont décrit les ulcérations dothinentériques n'ont pas songé à rapprocher de ces dernières plusieurs autres espèces d'ulcères intestinaux survenant à la suite d'altérations diverses de la membrane muqueuse. M. Scoutetten est le seul qui, comme nous l'avons dit, ait publié des observations tendant à les faire distinguer les unes des autres. Nous tâcherons, à son exemple, d'établir les caractères différentiels de plusieurs d'entre elles.

1.° Nous signalerons d'abord l'inflammation diffuse telle qu'on la rencontre dans l'entérite ordinaire, laquelle, comme chacun le sait, s'accompagne souvent d'érosion. Dans ce cas, l'irritation ou la phlegmasie qui commence à se développer dans les réseaux capillaires de la membrane muqueuse finit souvent par détruire celle-ci. Elle peut exister sans produire de douleur, bien qu'à l'ouverture des cadavres on trouve les intestins fortement enflammés, remplis d'ulcérations caractérisées par une rougeur diffuse de la circonférence, l'épaississement des tissus, l'abondance des mucosités, la friabilité de la trame celluleuse sous-muqueuse, des bords comme usés et un fond bleuâtre. Les glandes mucipares et leurs plexus sont également enflammées, tuméfiées, coniques, déprimées à leur sommet, rouges et larges à leurs base. Ce sont elles qui deviennent le siége d'ulcérations aiguës dans les fièvres adynamiques, chroniques, dans la phthisie et dans les scrophules, dont le siége se rencontre ordinairement

à la valvule iléo-cœcale, et qui, malgré qu'en dise Mr Bretonneau, peuvent, pour peu que la phlegmasie soit étendue, déterminer pendant la vie les symptômes des fièvres ataxiques graves ou des céphalites. Sera-t-il besoin dès-lors, pour expliquer ces derniers effets, de toujours supposer la lésion préalable des glandes de Peyer et de Brunner, ou la préexistence d'une éruption furonculeuse dans les parties malades ? Nous ne le pensons pas !

2.° Chez les phthysiques, les ulcérations affectent aussi, et même assez fréquemment, les glandes de Peyer. Mais elles commencent par des élevures ovalaires, blanches, qui s'ulcèrent, dont le fond reste formé par la séreuse, tandis que la membrane muqueuse qui constitue leur circonférence est parsemée de petites pustules blanches, miliaires, développées dans son épaisseur, et faisant à peine saillie à sa surface. Ces élevures sont les glandes de Peyer, et les pustules qui parsèment la tunique interne de l'intestin, les cryptes isolés de Brunner. En outre, les premières sont d'un rouge brunâtre, ou transformées en partie en un tissu dur, d'un brun jaunâtre, ou enfin gangrénées et partiellement détachées, tandis que dans leurs intervalles existent des érosions.

3.° On éviterait de confondre la dysenterie avec l'inflammation des glandes de Peyer et de Brunner, en considérant que, dans la première, la fièvre n'est que légère, qu'elle se modère promptement, que les fonctions de la vie de relation ne sont nullement altérées, et que les phénomènes de la vie organique restent dans un équilibre presque parfait. Tandis que, dans la seconde, on observe une pyrexie intense, du délire, de la stupeur, du météorisme, de l'altération, la suspension des sécrétions. Le tissu cellulaire sous-muqueux se gangrène, se détache par lambeaux, en laissant à nu la tunique charnue ; la phlegmasie s'étend jusqu'au péritoine, et, après

avoir envahi toute l'étendue des gros intestins, se propage souvent à une partie de l'iléon. Dans la dothinentérie, on trouve quelques glandes de Peyer tuméfiées, ulcérées; mais la membrane muqueuse environnante est intacte, et l'inflammation n'occupe que la fin de l'intestin grêle. Ici, c'est la nature de cette dernière qui fait le danger, de même qu'une pustule maligne, qui d'abord attirait à peine l'attention du médecin imprévoyant, tue le malade en quelques heures. C'est dans cette spécificité qu'il faut chercher la différence des symptômes qui accompagnent les phlegmasies d'un même tissu. Enfin, les lésions anatomiques dysentériques seraient d'autant moins graves, qu'on s'approcherait davantage de l'intestin grêle, tandis que le contraire aurait lieu dans la dothinentérie.

4° Les ulcères qui, chez les enfans, résultent de ramollissemens partiels, causés par une phlegmasie chronique, se distinguent de ceux de la maladie dont il est question dans ce mémoire, par leur forme ronde, leurs bords un peu tuméfiés, teints d'une ligne noire et coupés comme avec un emporte-pièce.

5° Enfin, il resterait à signaler les caractères distinctifs des ulcérations cancéreuses et ceux du ramollissement gélatiniforme, si bien décrits par M. Cruveilhier. Mais on en trouvera des descriptions si exactes dans les ouvrages modernes qui ont été publiés sur ces dernières lésions, que nous nous dispenserons de les indiquer.

Existât-il dans les symptômes assignés à la dothinentérie des signes assez tranchés pour la faire distinguer de toute autre phlegmasie intestinale intense avec ou sans ulcérations, et dût-on arriver un jour à une précision diagnostique aussi grande que possible, il resterait encore à trouver les moyens d'entraver la marche d'une altération dont l'existence ne peut, le plus souvent, être re-

connue, et à signaler un agent capable de modifier la tendance des glandes agminées à se ramollir, à se convertir en escarrhes profondes, et enfin à s'ulcérer.

Si les causes déterminantes des inflammations restent communément sans effet, quand elles ne rencontrent pas les conditions générales favorables à leur développement, il faut bien que, dans l'espèce de phlegmasie qui constitue la dothinentérie, il y ait certaines prédispositions sous l'influence desquelles elle se développe plus particulièrement, ou une sorte de spécificité analogue à celle du cancer et des affections vénériennes : du moins plusieurs analogies porteraient à le faire présumer. En effet, les chancres du gland commencent aussi par une pustule rouge, dont le centre s'ulcère et dont la base repose sur un bourrelet inflammatoire qui s'étend dans la même proportion que l'ulcération. En outre, leur aspect offre, à cela près de la couleur et de l'étendue, beaucoup de ressemblance avec les pustules et les ulcères dothinentériques.

Si les érosions intestinales dépendaient de la seule inflammation, pourquoi celle-ci, souvent légère, les produirait-elle, lorsque, beaucoup plus intense, elle n'y donne pas lieu? Comment expliquerait-on la perforation de part en part de l'intestin et de l'estomac comme avec un emporte-pièce, sans qu'on trouve aucunes traces de phlegmasie? la destruction de la muqueuse de la langue par des aphthes, sans apparence d'inflammation? la moindre intensité de cette dernière, pendant le commencement et les progrès des ulcérations intestinales? Enfin, le nombre et la grandeur de celles-ci dans les intestins pâles de malades soumis à d'abondantes évacuations sanguines? Avouons-le donc franchement, l'inflammation ne fait nullement connaître le mécanisme des ulcères.

Ici finit la tâche que nous nous étions imposée. Nous

ne nous dissimulons point l'infériorité avec laquelle nous nous en serons acquitté. Ce travail, d'autant plus difficile qu'il soulevait plus de questions sur la solution desquelles on n'est pas encore d'accord, aurait exigé des recherches plus minutieuses et plus étendues, un esprit plus analytique et des vues plus profondes que les nôtres. D'autres achèveront ou compléteront, nous l'espérons, ce que cette ébauche, toute imparfaite qu'elle est, aura pu offrir d'utile à la science.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de l'oxygène et d'autres gaz sur l'économie animale; par S. D. Broughton, *M. D., membre de la Société royale de Londres* (1).

Les physiologistes savent depuis long-temps que le mélange d'oxygène et d'azote, qui forme l'atmosphère de notre globe, est le seul corps gazeux qui soit propre au maintien de la vie des animaux. Les expériences qui ont été faites à différentes époques ont aussi prouvé que l'oxygène seul, à l'état de pureté, ne peut entretenir la vie pendant long-temps, bien qu'il soit si nécessaire à la respiration, qu'il doive toujours entrer pour une certaine proportion dans l'air respiré par les animaux.

Le sang artériel, transmis des poumons à toutes les parties du corps, doit sa couleur rouge brillante à l'absorption de l'oxygène qui a lieu pendant la circulation pulmonaire; et c'est seulement dans cet état de sang artériel que ce liquide

---

(1) *The Quaterly Journal of Science, Litterature and Arts.* Janvier-mars 1830. Nouvelle série, N.° 9.

peut servir à l'entretien de la vie. On sait que la moindre quantité de sang porté au cerveau, sans avoir éprouvé le changement qu'il doit à l'oxygène, suffit pour détruire l'action de ce centre nerveux, et par suite celle de tout le système, et qu'une diminution de la quantité de ce sang artériel est toujours accompagnée de désordres des fonctions en rapport avec cette diminution.

D'après ces considérations, M. Broughton a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher les causes qui amènent la cessation de la vie par la respiration d'un gaz qui, dans un état de mélange convenable, jouit au contraire au plus haut degré de la propriété d'entretenir la vie, propriété qu'il ne partage avec aucun corps de la nature.

« Diverses opinions, dit l'auteur, ont été émises sur ce point important, qui, à plusieurs époques, a été l'objet d'expériences nombreuses sous les points de vue chimiques et physiologiques. Mais les résultats de ces recherches ne me paraissant pas de nature à résoudre entièrement la question, j'ai entrepris une série d'expériences dont les résultats me semblent conduire à une explication de ce phénomène un peu différente de celle qui a été adoptée jusqu'à présent. Les expériences que je vais rapporter ont été commencées en 1827, reprises en 1828, et continuées jusqu'au commencement de l'année dernière. Elles ont été faites sous les yeux et avec l'aide de MM. Georges Wood, Miles, Ferguson, Murray, et de plusieurs autres personnes très-habituées aux manipulations chimiques et très-habiles dans l'art de faire des expériences. Le gaz dont je me suis servi était préparé par la décomposition du peroxyde de manganèse, à l'aide de la chaleur dans une cornue de fer, et essayé avant chaque expérience avec une bougie. Des cloches de verre renversées sur l'eau étaient remplies de ce gaz ainsi essayé.

et une sorte de diaphragme élevé au-dessus du niveau de l'eau servait à soutenir l'animal. Pendant le froid de l'hiver, l'appareil était placé devant un bon feu, et l'eau dans laquelle plongeait la cloche était entretenue à une température élevée. On faisait traverser rapidement l'eau du bain aux animaux qu'on voulait mettre en expérience, et une fois dans la cloche, on plaçait le diaphragme pour les soutenir au-dessus du liquide. »

Pour avoir des points de comparaison, M. Broughton fit d'abord l'expérience avec de l'air atmosphérique sur plusieurs jeunes chats, sur des souris et des moineaux. Comparant ensuite la durée de leur vie dans ces expériences avec celle d'animaux semblables, placés dans des quantités semblables d'oxygène, il est arrivé à ce résultat que, les animaux meurent beaucoup plus promptement dans la cloche qui contient de l'air atmosphérique que dans celle qui contient de l'oxygène pur. De plus, en essayant l'air atmosphérique dans lequel les animaux avaient respiré, il y a constaté la présence d'une quantité d'acide carbonique suffisante pour éteindre au même instant un papier enflammé et pour faire périr en quelques secondes les animaux qu'on y plongeait. En examinant, au contraire, l'oxygène qui avait servi à la respiration des animaux jusqu'à ce qu'ils y mourussent, il a trouvé que ce gaz rallumait à l'instant une bougie dont on venait de souffler la flamme, et que d'autres animaux qu'on y plaçait vivaient tous aussi long-temps que ceux qui y avaient respiré la première fois, quoiqu'il contînt une quantité notable d'acide carbonique, comme le prouvait le précipité qu'il produisait dans l'eau de chaux.

Après ces observations préliminaires et quelques autres qu'il est inutile de rapporter ici, l'auteur arrive aux détails des expériences qui font le sujet de son mémoire.

A. *Expériences avec l'oxygène.* — « I.re *Expérience.*

— Un chat âgé de dix ou douze jours, fut placé dans la cloche contenant de l'oxygène pur; durant la première heure, il ne parut éprouver aucune espèce de malaise; mais au bout de ce temps, la respiration et la circulation devinrent très accélérées. A cet état d'excitation succéda une faiblesse générale, une insensibilité graduelle avec affaiblissement, et enfin perte absolue des mouvemens volontaires. Les yeux devinrent ternes. Après des inspirations profondes et lentes, il n'y eut plus que le diaphragme qui se contractât lentement et faiblement à de longs intervalles. Après être resté pendant quelque temps dans cet état, l'animal fut retiré et se rétablit très-promptement à l'air; il était resté plongé pendant trois heures dans environ trois litres et demi d'oxygène. Il se passa quelques heures avant qu'il eût complètement recouvré ses forces, mais enfin elles se rétablirent entièrement, et l'animal ne présenta plus aucun signe de souffrance.

« II.e *Expérience.* — Un petit chat de la même portée, placé dans la même quantité d'oxygène, offrit des phénomènes tout-à-fait semblables à ceux que nous venons d'indiquer. Seulement on ne le retira que lorsque le diaphragme eut complètement cessé de se mouvoir, et il ne fut pas possible de le rappeler à la vie. A l'ouverture du thorax, on trouva le cœur se contractant avec force, et il continua de le faire même après qu'on l'eut enlevé et qu'on l'eut coupé en deux. On ne put découvrir la moindre trace de sang veineux, ni dans le cerveau, ni dans aucune autre partie du corps; partout les artères et les veines ne contenaient que du sang *rouge*, de même que les différentes cavités du cœur, dont toute la surface interne offrait une couleur rouge vive : la surface des poumons présentait aussi une injection considérable d'une couleur rouge très-brillante.

« III.e *Expérience.* — On plaça dans le gaz qui avait

servi à l'expérience précédente un moineau adulte. Pendant la première heure, il ne parut souffrir en aucune manière; mais ensuite il se mit à ouvrir le bec et à respirer très-difficilement. Au bout de deux heures et un quart, il ne présentait plus aucun signe de vie. On le retira, et en examinant la poitrine, on observa que les mouvemens du cœur continuaient, et que tous les vaisseaux artériels et veineux contenaient du sang rouge. Plusieurs autres moineaux et des souris furent plongés successivement dans le même oxygène, et présentèrent des symptômes tout-à-fait semblables à ceux que nous venons d'énumérer.

IV.e *Expérience.* — Je plaçai dans la cloche, qui contenait à-peu-près trois litres et demi d'oxygène, un lapin d'environ trois semaines. Au bout d'une heure, respiration précipitée et laborieuse; mouvemens du cœur très-rapides. Peu-à-peu les inspirations devinrent plus faibles et plus lentes, les narines cessèrent de se mouvoir, et l'animal, couché sur le côté, tomba dans un état d'insensibilité et d'immobilité presque complètes; le diaphragme seul présentait quelques faibles mouvemens à de longs intervalles; et ces mouvemens persistaient encore, quoique presque imperceptibles, au bout de cinq heures. L'animal, retiré de la cloche, ne donna aucun signe de vie. Comme dans les expériences précédentes, on observa, en ouvrant le thorax, que l'action du cœur persistait; et en piquant l'aorte, le sang jaillit à une hauteur considérable. Le diaphragme se contracta aussi, mais faiblement et seulement pendant quelques instans; les mouvemens péristaltiques des intestins s'opéraient régulièrement; enfin, toute l'habitude du corps offrait une couleur d'un rouge vif. Un moineau et un autre lapin, plongés successivement dans la même atmosphère, y respirèrent librement pendant environ une heure, et sans paraître souffrir aucunement.

« V.e *Expérience.* — A deux heures après midi, je plaçai dans la même quantité d'oxygène que pour les expériences précédentes un cochon d'Inde. Vers quatre heures, sa respiration commença à s'accélérer; jusque-là il n'avait manifesté aucun signe de souffrance. Une heure environ après, il était très-faible et ouvrait largement la gueule pour respirer, et au bout d'une demi-heure il parut complètement insensible. Ses yeux étaient brillans, et à l'exception de légères et rares contractions du diaphragme, l'animal ne faisait plus aucun mouvement. Trois heures et demie après le commencement de l'expérience, on le retira, et on le rappela facilement à la vie en insufflant de l'air atmosphérique dans les poumons par les narines et à l'aide d'une bouteille de gomme élastique. Les yeux reprirent leur aspect ordinaire, et la respiration devint régulière; l'animal paraissait complétement ranimé; seulement il resta très-faible pendant toute la soirée, et le lendemain on le trouva mort.

« VI.e *Expérience.* — On introduisit dans le même oxygène un autre cochon d'Inde, après, toutefois, avoir ajouté environ un litre de nouvel oxygène pour remplacer celui qui avait été employé pour des essais, et pour rétablir l'égalité du niveau de l'eau dans la cloche. La gêne de la respiration ne se manifesta guère qu'au bout de deux heures, à peu près comme dans l'expérience précédente; et à la fin de la troisième heure l'animal paraissait mort, à l'exception de quelques mouvemens très-faibles du diaphragme. A l'ouverture du corps, ce muscle ne se contractait plus, mais les mouvemens du cœur s'exerçaient activement; le sang avait partout la teinte artérielle.

« VII.e *Expérience.* — Un lapin âgé de trois mois fut placé dans environ cinq litres d'oxygène à onze heures et demie du matin. A trois heures, l'animal était encore très-vif et ne paraissait nullement mal à son aise; il man-

gea même avec appétit de l'avoine et des feuilles de choux qu'on introduisit dans la cloche. A sept heures, sa respiration commença à s'accélérer, mais il ne présenta aucun signe d'insensibilité; ce ne fut guère que vers onze heures du soir qu'il parut souffrir et qu'il manifesta un peu de stupeur et de faiblesse. A minuit, c'est-à-dire douze heures et demie après le commencement de l'expérience, il était encore assis sur son derrière; mais sa respiration était très-fréquente et il paraissait assez appesanti. On laissa alors le feu s'éteindre, et on abandonna l'expérience. Le lendemain matin, l'animal était mort. Le cœur et tous les vaisseaux contenaient du sang rouge. Pendant le cours de cette expérience, l'eau ayant monté dans la cloche, par la diminution du gaz inspiré, on fut obligé d'ajouter, à différentes fois, à peu près un litre et demi d'oxygène. Le mélange, après la cessation de l'expérience, rallumait une bougie, et une souris put y vivre encore pendant quelque temps.

« VIII.

« VIII.° *Expérience.* — Un animal de la même espèce et du même âge, placé, à midi moins un quart, dans deux litres et demi d'oxygène, dont la moitié provenait de celui qui avait servi aux expériences sixième et septième, et l'autre moitié de gaz récemment préparé, présenta des signes de gêne dans la respiration vers une heure. A trois heures, insensibilité complète, yeux brillans, mouvemens faibles d'inspiration à de longs intervalles; au bout de quatre heures trois quarts, on n'aperçoit plus que de faibles contractions du diaphragme; on cessa l'expérience, et un quart d'heure après, l'animal était complètement ranimé par l'insufflation des poumons; il resta faible toute la soirée, mais le lendemain il était revenu à son état habituel.

« IX.° *Expérience.* — A cinq heures du soir, je plaçai un lapin de trois semaines dans le gaz qui avait servi à l'expérience précédente, et auquel j'ajoutai un quart en-

viron d'oxygène pur. Au bout d'une heure, respiration accélérée, et après quatre heures et un quart, insensibilité complète et respiration lente et faible; une demi-heure après, immobilité absolue. L'animal fut alors retiré, et on essaya de le rappeler à la vie par l'insufflation des poumons. On ramena par ce moyen quelques inspirations profondes; mais l'air ayant été poussé trop violemment, l'animal expira. Le cœur continuait à battre régulièrement, et il n'y avait nulle part la moindre apparence de sang noir.

X.e *Expérience.* — Deux lapins, âgés d'environ un mois, l'un noir et l'autre jaune, plus gros que le premier, furent plongés dans à peu-près cinq litres d'oxygène, dont une partie était pure, et l'autre avait servi à l'expérience précédente. La température de ces animaux prise au pli de l'aine était de 32° degrés centigrades avant l'expérience. Au bout d'une heure, la respiration parut accélérée, quoiqu'ils conservassent leur vivacité. A huit heures, cinq heures trois quarts après le commencement de l'expérience, le lapin noir, c'est-à-dire le plus petit, était dans un état de prostration et d'insensibilité, et ne respirait plus que lentement par le diaphragme seul. L'autre animal était couché sur le côté faible, ouvrant de temps en temps la gueule; mais lorsqu'on l'excitait, il se mouvait encore avec assez de vivacité. A onze heures, cet animal était tombé dans l'état d'insensibilité que nous avons signalé dans l'autre, et ne respirait plus que très-faiblement; mais alors sa tête ayant plongé dans l'eau sur laquelle était placé la cloche, les restes de vie s'éteignirent. Un thermomètre introduit dans l'abdomen, après avoir retiré l'animal de la cloche, s'éleva à 30°, 5 cent. Le cœur continuait à battre régulièrement, et tout le sang présentait la teinte rouge propre au sang artériel. Cet animal avait été neuf heures entières sous l'influence de

l'oxygène. Le lapin jaune fut alors retiré du gaz ; il était dans un état d'insensibilité absolue, et l'on n'observait plus de signes de vie que quelques baillemens et quelques contractions très-faibles du diaphragme. Exposé à l'air, il parut se ranimer ; les mouvemens d'inspiration devinrent plus fréquens ; il poussa quelques petits cris, et essaya de se mouvoir. On le sacrifia ; et le thermomètre, introduit dans l'abdomen, marqua 31° cent. Les mouvemens du cœur étaient forts et réguliers, le sang rouge et écumeux, et la circulation continuait évidemment à s'opérer ; enfin, les mouvemens péristaltiques des intestins existaient encore. Le gaz contenu dans la cloche, après cette expérience, rallumait à l'instant une bougie. »

XI.e *Expérience.* — Elle n'offre aucune différence avec celle que nous avons citée précédemment sous le numéro VIII.

En terminant le détail de ces expériences, M. Broughton fait observer que, dans toutes, la surface des poumons était très-injectée d'une belle couleur rouge ; que le sang était très-transparent, et qu'il se coagulait avec une promptitude extrême, et qu'enfin les cavités droites du cœur contenaient toujours une beaucoup plus grande quantité de ce liquide que les cavités gauches.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue les opinions de plusieurs des physiologistes qui se sont occupés de cette intéressante question, et les résultats qu'ils ont obtenus des expériences auxquelles ils se sont livrés, et cherche à prouver que ces résultats sont loin de résoudre la question d'une manière satisfaisante. Il continue ensuite en ces termes :

« Si l'on fait attention que les animaux, après être restés un certain temps dans l'oxygène pur sans paraître souffrir, commencent tous invariablement par présenter un état d'excitation, que leur respiration s'accélère et

que la circulation devient plus active; qu'à ces phénomènes succède graduellement un état contraire, c'est-à-dire l'abattement, l'insensibilité, la perte des mouvemens volontaires et la cessation des contractions du diaphragme, long-temps avant que le cœur ne cesse de se contracter avec force et à pousser le sang dans les vaisseaux; si l'on fait, disons-nous, attention à toutes ces circonstances, et si l'on se rappelle en outre que l'insufflation de l'air atmosphérique dans les poumons peut, dans les cas qui nous occupent, ramener complètement l'animal à la vie, nous verrons que les phénomènes observés pendant la respiration de l'oxygène ont une analogie frappante avec ceux qui résultent du passage de certains poisons dans le torrent de la circulation.

« Les phénomènes que je n'ai vus mentionnés nulle part ailleurs, sont : l'aspect artériel que prend le sang dans toutes les parties du corps; la perte graduelle de la sensibilité et des mouvemens volontaires; la longue persistance de la respiration, mais qui ne se fait alors uniquement que par une action lente et faible du diaphragme; la persistance des mouvemens du cœur, qui n'envoie plus dans les vaisseaux que du sang artériel, même après la cessation complète des contractions du diaphragme; le rétablissement de la sensibilité et du mouvement volontaire par l'action de l'air atmosphérique porté dans les poumons; enfin, le maintien de la chaleur animale. Ces faits me paraissent de nature à devoir être pris en considération, si l'on veut se rendre compte de l'influence de l'oxygène pur sur l'économie animale; il me semble que les conclusions suivantes en dérivent assez naturellement :

« 1.° Les animaux plongés séparément dans des quantités égales d'air atmosphérique et d'oxygène pur, vivent des temps inégaux; ceux qui respirent l'air meurent plus tôt que ceux qui respirent l'oxygène.

« 2.° Dans le premier cas, le gaz qui reste dans la cloche après la mort de l'animal, contient de l'acide carbonique en excès, et en quantité assez grande pour éteindre une bougie allumée et pour faire périr en quelques secondes un animal qu'on y plonge.

« 3.° Dans le second cas, le gaz restant rallume à l'instant une allumette, et peut encore servir à l'entretien de la vie animale pendant des temps variables, tout aussi bien qu'avant l'expérience.

« 4.° L'oxygène pur n'est pas beaucoup altéré par la respiration des animaux; tandis que l'air atmosphérique devient tout-à-fait impropre à l'entretien de la vie et de la combustion.

« 5.° La tendance d'un excès d'oxygène est d'abord d'augmenter l'action des poumons et l'activité de la circulation artérielle, et ensuite d'amener un état de faiblesse et d'insensibilité, et la perte du mouvement volontaire; les mouvemens involontaires pouvant, au contraire, se prolonger indéfiniment.

« 6.° Les accidens qui résultent de l'action de l'oxygène ne commencent, en général, à se manifester qu'au bout d'une heure à peu près; à ce moment la sensibilité ne paraît pas ordinairement altérée.

« 7.° L'époque à laquelle ces accidens se manifestent paraît dépendre du volume, de la force et de l'âge des animaux soumis à l'expérience.

« 8.° La mort est le résultat constant de la respiration de l'oxygène pur ou en excès.

« 9.° S'il n'y a pas plus de deux ou trois minutes que les mouvemens du diaphragme ont cessé entièrement, l'insufflation de l'air atmosphérique dans les poumons peut rappeler l'animal à la vie, et comme le sang se retrouve soumis à l'action de l'air ordinaire, les fonctions du cerveau se rétablissent.

« 10.° La contractilité du cœur et des tuniques du canal intestinal se conserve long-temps après que le cerveau a cessé d'agir, ou bien lorsque la sensibilité, les mouvemens volontaires et l'action du diaphragme n'existent plus.

« 11.° Dans les animaux qui ont respiré dans l'oxygène pendant un certain temps, il ne circule plus que du sang artériel dans tous les vaisseaux; la masse entière de ce liquide présente en effet la teinte rouge brillante du sang artériel.

« 12.° La chaleur animale se conserve, pendant toute la durée de l'immersion de l'animal dans l'oxygène, au-dessus de la température de l'air ambiant, quoique cependant elle s'abaisse de quelques degrés au-dessous de ce qu'elle est dans l'animal en état de santé.

« 13.° Enfin, après la mort, dans l'oxygène le sang se coagule avec une grande rapidité. »

(*La suite au prochain Numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Sur les globules des humeurs de l'œil. — *Par M. Al. Donné.* — J'ai lu la note suivante à la Société philomatique le 24 avril dernier; c'était donc avant la publication du mémoire de M. Ribes sur les globules des larmes, inséré dans le dernier numéro des *Archives*, qui n'a paru que le 5 ou 6 mai. Je donne ici cette note telle que je l'ai lue, parce que mon intention n'est pas de contredire le travail de notre savant anatomiste; son opinion sur les globules que l'on remarque dans l'œil, et qu'il attribue aux larmes, me paraît, il est vrai, susceptible d'être combattue par beaucoup de raisons, et je ne doute pas que plusieurs personnes ne le fassent bientôt. Pour moi, qui pense que ces globules existent dans l'humeur aqueuse, je n'ai pas besoin de dire que mes observations ne s'accordent nullement avec celles de M. Ribes. Quant aux figures qu'il a jointes à son

mémoire, je les trouve exactes, et elles me dispensent de joindre les miennes à cette note. Il faut cependant remarquer que M. Ribes n'a représenté qu'une partie des globules que l'on aperçoit dans l'œil, ceux qui sont, comme je le dis, sur le premier plan. Quant à ceux qui occupent le fond du tableau et le remplissent entièrement, M. Ribes n'a pu les voir; ils ne sont en effet visibles que lorsqu'on regarde attentivement, ainsi que je l'indique, un nuage bleu, bien éclairé par le soleil, à travers un petit trou très-fin percé dans une carte.

Note sur les globules des humeurs de l'œil. — Je ne sais si des observateurs se sont occupés d'une manière particulière des globules microscopiques que contiennent les humeurs de l'œil; mais je ne crois pas au moins que le fait que je vais signaler ait été remarqué par personne.

L'humeur aqueuse, c'est-à-dire ce liquide parfaitement transparent que l'on trouve dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil, présente, lorsqu'on l'observe au microscope, indépendamment de quelques corpuscules amorphes, une grande quantité de globules qui sont, au plus, moitié moins gros que ceux du sang. On a peine à les apercevoir à la lumière du jour, tant ils sont pâles et diaphanes, et ce n'est qu'au moyen d'une lampe qu'on les reconnaît d'une manière évidente au milieu du liquide dans lequel ils nagent. Ils ressemblent assez bien aux globules du sang qui ont été mis en contact avec l'eau, et qui ont perdu, comme je l'ai expliqué dernièrement, l'albumine et la matière colorante contenues dans les mailles du tissu qui en forme la base. Ce n'est pas que je prétende qu'ils soient de la même nature et qu'ils aient la même organisation; je ne pousse pas plus loin la comparaison. Ces globules de l'œil m'ont paru insolubles dans l'eau; je les ai retrouvés intacts dans le liquide même après un certain temps.

Si l'on examine au microscope et dans les mêmes conditions le liquide filant et d'apparence albumineuse du corps vitré, on y découvre aussi de ces mêmes globules, mais en bien moins grande quantité, et qui ne me paraissent pas appartenir à la masse du corps vitré lui-même. Je pense plutôt que ce sont ceux de l'humeur aqueuse qui l'ont pénétré ou qui se trouvent peut-être dans les vaisseaux extrêmement déliés qui le parcourent. Leur nombre en effet est loin d'être en proportion de la masse de substance vitrée que l'on observe. J'en dirai autant du cristallin : il ne me paraît pas possible d'ailleurs que l'humeur aqueuse soit tellement isolée des autres parties de l'œil qu'elle baigne, qu'on ne la retrouve mêlée à l'une quelconque de ces parties que l'on observe. L'œil de bœuf, et même l'œil humain, sont très-propres à ce genre d'observation, et m'ont présenté tous deux les mêmes faits. Je dois ajouter qu'il ne faut pas confondre ces petits

globules qui se trouvent presque aussi serrés que dans le sang, avec quelques corps ronds, assez rares, que l'on remarque dans l'humeur aqueuse, et qui ne paraissent être autre chose que de petites gouttes d'un liquide oléagineux.

Ces globules, qui ne gênent en rien la vision à cause de leur parfaite transparence, je suis maintenant convaincu qu'on les aperçoit dans son propre œil en s'y prenant de la manière suivante :

On perce une carte avec la pointe d'une aiguille très-fine, et par ce petit trou, que l'on applique très-près de son œil, on regarde le ciel. On aperçoit à l'instant plusieurs globules très-distincts rangés par séries irrégulières, ou isolés ; si on fixe avec beaucoup d'attention, on en découvre dans le fond une multitude d'autres qui remplissent tout le tableau et qui suivent tous les mouvemens de l'œil. Ils ont exactement la même apparence que ceux que l'on voit au microscope dans l'humeur aqueuse extraite d'un œil mort ; même transparence ; même diamètre appréciable. On peut ainsi remarquer des globules de trois ordres. Les premiers sont en chapelets sinueux et très-apparens ; les seconds sont isolés, plus gros que les autres, et souvent entourés d'un cercle plus noir ; enfin, les troisièmes, que l'on ne peut compter, moins distincts et plus éloignés, ressemblent assez bien, qu'on me passe la comparaison, à une espèce de semouille.

Si ce fait paraît singulier au premier abord, je ne vois pourtant pas pourquoi on le rejetterait absolument. Il ne me paraît pas impossible que la rétine puisse être impressionnée par quelques-unes des parties de l'organe visuel, puisque toutes ces parties ne sont point nécessaires à la vision. On sait que le cristallin est enlevé dans l'opération de la cataracte sans que l'œil cesse de pouvoir exercer ses fonctions. Je conçois donc qu'en ne laissant passer que les rayons lumineux les plus directs, en diminuant beaucoup l'intensité de la lumière, la forme des globules vienne se peindre au fond de l'œil. D'ailleurs c'est un fait constant et qu'il faut bien admettre. Tout le monde a vu ce que je viens de décrire : je n'ai au moins rencontré personne qui n'en fût frappé à l'instant. Quelle autre explication peut-on en donner ? Je ne crois pas que ce puisse être une illusion d'optique. Cette expérience réussit très-bien, surtout lorsqu'on peut fixer un nuage blanc. La lumière d'une chandelle permet aussi d'appercevoir quelques-uns de ces globules.

SUR LA LIQUEUR VÉNÉNEUSE DU CRAPAUD COMMUN, *par le docteur John Davy, membre de la Société Royale de Londres.* — Dans tous les pays où existe ce reptile, il est considéré comme venimeux par le commun du peuple ; et cette opinion remonte à la plus haute antiquité. Il y a quelques années qu'elle a été rejettée comme fausse par des naturalistes distingués, et regardée comme un préjugé populaire.

C'est ainsi que M. Cuvier dit en parlant du crapaud ordinaire : « Ce sont des animaux d'une forme hideuse, dégoûtante, que l'on accuse mal à propos d'être venimeux par leur salive, leur morsure, leur urine, et même par l'humeur qu'ils transpirent. » Dans cette circonstance, comme dans quelques autres, c'est l'opinion commune qui est la véritable, et c'est celle du savant qui se trouve erronée et qu'on s'est trop hâté d'adopter. Le docteur J. Davy a trouvé que la substance vénéneuse du crapaud ordinaire réside principalement dans les tégumens, dans les follicules de la véritable peau, au-dessous de la cuticule et du réseau muqueux coloré. Ces follicules sont plus volumineux et en plus grand nombre auprès des épaules et vers le cou de l'animal; cependant on les trouve généralement répandus sur toutes les parties du corps. Quand on comprime la peau, on en voit exsuder un liquide épais, jaunâtre, qui jaillit quelquefois à une grande distance; il est facile d'en recueillir une quantité suffisante pour pouvoir étudier ses propriétés. Il est, en très-grande partie, soluble dans l'alcohol et dans l'eau. Sa dissolution dans ce dernier liquide est légèrement visqueuse, et n'est pas facile à filtrer par les moyens ordinaires. L'acétate de plomb versé dans la liqueur ne donne lieu à aucun précipité; la transparence est légèrement troublée par le per-chlorure de mercure. Le résidu qu'on obtient par l'évaporation des dissolutions aqueuse et alcoholique est légèrement jaune et transparent; il a, à un faible degré, une odeur particulière, qui diffère de celle du crapaud; il est légèrement amer et très-âcre; son action sur la langue est analogue à celle de l'extrait d'aconit préparé au moyen de l'évaporation dans le vide; il occasionne même un sentiment de cuisson quand on l'applique sur la peau de la main, et ses effets persistent pendant deux ou trois heures. Si on le fait chauffer, il ne tarde pas à se liquéfier, et brûle avec une flamme brillante, sans donner aucune odeur ammoniacale. Il n'est ni acide, ni alcalin, à en juger par son défaut d'action sur le *tournesol* et sur le papier teint au *curcuma*. Il est soluble dans l'ammoniaque pure; sa dissolution dans cet alcali conserve son âcreté. Il est également susceptible de se dissoudre dans l'acide nitrique, et donne alors une liqueur de couleur purpurine qui, lorsqu'on la rend neutre par un alcali, devient moins âcre, comme si cette substance était en partie décomposée. La portion du liquide qui n'est soluble ni dans l'eau, ni dans l'alcohol, et qui lui donne sa consistance, est probablement une sorte d'albumine; la manière dont elle se comporte quand on la brûle semble autoriser cette opinion.

Bien que cette liqueur du crapaud soit plus âcre que le poison de la plupart des serpens venimeux, le docteur Davy n'a point vu qu'il eût une action délétère très-puissante; ou au moins ses effets sont

beaucoup moins fâcheux lorsqu'elle est absorbée et charriée dans le torrent circulatoire. Un poulet, auquel on fit une piqûre avec une lancette qui en était imprégnée, n'en éprouva aucun accident. Bien que ce liquide se trouve surtout très-abondant à la peau, sa présence n'est pas limitée à cette partie du corps de l'animal; le docteur Davy en a découvert une quantité notable dans la bile, et une très-faible proportion dans le fluide visqueux qui humecte la langue, dans l'urine, et même dans le sang. En recherchant quel peut être son usage pour l'animal, le docteur Davy a pensé qu'il pouvait avoir une double destination. La surface de la peau étant recouverte de ce poison brûlant, il doit servir à garantir le crapaud contre les attaques des animaux carnivores? Ce liquide contenant une substance très-inflammable, et pouvant être considéré comme excrémentitiel, bien que le sang en contienne une très-faible proportion, sa sécrétion doit avoir pour résultat de contribuer à séparer une portion de carbone du sang, et servir ainsi d'auxiliaire à la fonction des poumons. Le docteur Davy fait remarquer, à l'appui de cette idée, que les artères pulmonaires du crapaud se divisent chacune en deux branches, dont l'une se rend au poumon, tandis que l'autre, presque aussi volumineuse, va se distribuer à la peau, entre la tête et les épaules, et se ramifie à l'infini dans les points où sont situés les follicules les plus volumineux, qui sécrètent la liqueur vénéneuse, points où se trouve un plexus formé de veines très-considérables qui paraît destiné à y servir de réservoir au sang. (*Journ. des Progrès*, 1830, T. I, d'après les *philos. Transact. of the Roy. Soc. of Lond.*)

Pathologie.

Du cancer aqueux, ou gangrène humide des joues. — Depuis quelques années les médecins allemands ont décrit une maladie particulière des joues, souvent mortelle et toujours extrêmement grave, qui ne paraît pas avoir été observée chez nous. La date encore récente de son invasion chez nos voisins d'outre-Rhin, ne permettant point de nous flatter que nous ne soyons pas menacés de la voir paraître dans nos contrées, il importe d'apprendre à la connaître et d'essayer, sur les renseignemens que nous fournissent les journaux, de dévoiler la nature d'une affection qui paraît se rapprocher de la pustule maligne, par la rapidité de sa marche, du cancer, par sa tendance à envahir et à détruire les parties qui l'environnent, de la gangrène, par ses résultats, et contre laquelle il s'en faut bien que l'art offre toujours des ressources assurées.

Obs. I.re — Le 13 septembre 1826, on reçut à la Clinique (à Marbourg) une petite fille de cinq ans, née de parens pauvres, qui, depuis sa naissance, avait toujours été très-faible, très-irritable, et

d'une constitution délicate. L'hiver précédent, elle avait eu la teigne, qui disparut spontanément au bout de trois semaines. Dans les derniers jours d'août, elle fut prise de fièvre violente avec toux continuelle, diarrhée, délire, etc.; ces accidens cessèrent dans les premiers jours de septembre, laissant après eux une grande faiblesse, à laquelle on attribua les chutes fréquentes que faisait l'enfant en marchant, et dans l'une desquelles une blessure légère eut lieu au côté droit de la mâchoire inférieure; quelques jours après, une des dents incisives tomba. Le 11 septembre, l'enfant se plaignit de douleurs dans la joue et à la lèvre inférieure gauches. Vers midi, il se forma au-dessous de l'angle gauche de la bouche une petite vésicule d'un blanc grisâtre, et entourée d'une aréole rouge; elle s'accrut assez rapidement jusqu'au soir, se creva alors par suite de mouvemens que l'enfant fit en mangeant, et laissa s'écouler une humeur noirâtre. Aussitôt après, la rougeur augmenta rapidement de diamètre; en quelques heures une assez grande étendue des parties affectées fut frappée de mort, et les mouvemens de la langue suffirent pour les détacher. Le lendemain la gangrène s'étendit vers le menton, et s'accompagna d'un ptyalisme abondant. Soif très vive; insomnie; chaleur générale. Cependant l'enfant se plaignait à peine. Le 13 septembre, jour de l'entrée à l'hôpital, il y avait à l'angle gauche de la bouche un large ulcère gangréneux, d'où s'écoulait de la salive, et qui avait déjà détruit une grande partie de la joue et de la lèvre inférieure. On voyait dans l'ulcération, dont le fond était d'un gris noirâtre, un lambeau de parties molles, mortifié et de couleur brune, et, dans sa partie inférieure, on apercevait une partie de l'os maxillaire inférieur, noirâtre, et recouverte seulement par le périoste. Le tour de l'ulcère était, à quelques lignes de distance, d'un blanc grisâtre, et recouvert d'une couche gélatineuse; ses bords étaient d'un rouge blafard. La face était pâle et un peu bouffie, la membrane muqueuse des joues et des lèvres était pâle. Au *côté droit* de la mâchoire inférieure, on voyait une légère meurtrissure résultant de la chute qui avait eu lieu quelques jours auparavant. La constitution du sujet était des plus faibles, et l'amaigrissement considérable. Pouls très-fréquent et petit. L'enfant ne se plaignait que de la soif, avait bon appétit et dormait bien. (*Décoction de quinquina avec acide muriatique à l'intérieur.*) Toutes les deux heures on toucha avec l'acide muriatique affaibli l'ulcère, que l'on recouvrit ensuite de charpie trempée dans le même acide. Ces applications, qui furent d'abord très-douloureuses, ne causèrent ensuite que peu de douleur. Le lendemain, la maladie fait des progrès. Anxiété, cris presque continuels. Le 15 septembre, cautérisation avec l'acide pur, qui n'a d'autre résultat que d'augmenter les douleurs. Les parties molles tombent avec tant de

rapidité, que la mâchoire inférieure est entièrement découverte jusqu'au trou mentonnier. Les mouvemens de la langue font tomber les dents. La rougeur légère qui entoure l'ulcère s'étend dans tous les sens; la salive coule en très-grande quantité sur une matière blanchâtre, gélatineuse, qui recouvre immédiatement les bords de la plaie, d'où s'échappe une odeur insupportable qu'on cherche à neutraliser par des fumigations avec l'acide muriatique. Le 16, la maladie fait de nouveaux progrès. Le 17, il y eut quelque amélioration, mais le lendemain l'ulcère avait repris sa marche progressive. On emploie l'acide pyroligneux pour humecter les parties. Le 19, l'ulcération est entièrement noire, la face et les pieds sont œdémateux. Jusqu'au 24 septembre, des lambeaux de peau mortifiée se détachent de temps en temps. Diarrhée colliquative. (*Quinquina, cascarille.*) A cette époque, le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure gauche commence à se gonfler; l'ulcère s'étend en tout sens et descend jusques vers le col. Les glandes sous-maxillaire et sous-linguale gauches tombent sans qu'il en résulte aucune hémorrhagie; la mâchoire inférieure, entièrement dénudée du côté gauche, fait une saillie considérable; souvent la pointe de la langue, qui est affaissée, s'engage au-dessous de cet os. Les accidens fébriles et colliquatifs s'aggravent de jour en jour, et le 27 septembre, la malade expire après quelques mouvemens convulsifs des extrémités.

Obs. II.ᵉ — Une fille, âgée de 10 ans, eut, après une fièvre tierce qui se dissipa d'elle-même après le douzième accès, un appétit très-fort et un teint jaunâtre, terreux. Au bout de quelques semaines, une mauvaise odeur de la bouche se manifesta, ainsi qu'une salivation abondante et la tuméfaction de la joue gauche. Trois jours après, on aperçut à l'angle gauche de la bouche une vésicule brunâtre, grosse comme un pois, sur laquelle on appliqua un emplâtre de poix: en enlevant cet emplâtre pour en appliquer un autre, une humeur aqueuse s'écoula. Vingt-quatre heures après, en enlevant de nouveau cet emplâtre, une partie de la joue, de la largeur d'une pièce de deux francs, fut emportée avec lui, et bientôt après une autre portion se détacha, et établit une communication de l'extérieur avec l'intérieur de la bouche. L'enfant fut alors amené à l'hôpital de Marbourg. L'ulcère était d'une couleur brune grisâtre et d'une extrême fétidité; l'os maxillaire inférieur était en partie dénudé; la salive s'écoulait abondamment par l'ulcère, dont le pourtour n'était rouge qu'en un seul point. L'enfant ne souffrait pas; sa digestion était bonne, mais les forces diminuées. On prescrivit l'application de l'acide pyro-ligneux et l'usage interne d'une décoction de quinquina avec l'acide muriatique. Les parens ne voulant pas laisser l'enfant à l'hôpital, l'emmenèrent. Le lendemain, la fétidité avait disparu,

l'ulcère était noir, mais n'avait pas pris d'accroissement; pendant quelques jours il resta stationnaire, puis recommença à s'étendre, ce qui décida les parens à faire entrer l'enfant à l'hôpital. On mit en usage les applications locales des acides pyroligneux et muriatique et de la solution de thridace; par ces moyens on parvint à arrêter la mortification et à faire cicatriser la plaie en grande partie. A la fin du cinquième mois, il ne restait plus à la joue qu'une petite ouverture fistuleuse qui communiquait avec la cavité de la bouche.

Obs. III. — Le cas suivant est doublement remarquable, d'abord par la complication du cancer de la lèvre avec la gangrène de la bouche, et en second lieu, parce que cette maladie n'a encore été observée que rarement chez l'adulte. Un homme cacochyme, âgé de 50 ans, et qui était affecté depuis quelques mois d'un cancer à la lèvre inférieure, avec tuméfaction des glandes environnantes, entra à l'hôpital de Marbourg. On appliqua de l'onguent d'hydriodate de potasse sur la plaie cancéreuse, et l'on fit sur les glandes des frictions avec l'onguent napolitain. Le neuvième jour de ce traitement, l'odeur putride propre à la gangrène de la bouche se manifesta, et en même temps l'ulcère prit tous les caractères qui distinguent cette maladie; les bords inégaux et renversés de cet ulcère se mortifièrent et devinrent d'un gris sale. La faiblesse du malade augmenta. On donna à l'intérieur la décoction du quinquina, et on appliqua l'acide pyroligneux. Ce dernier moyen enleva promptement l'odeur putride; mais la gangrène continua à faire de rapides progrès; les dents de la mâchoire inférieure se détachèrent, et la nécrose s'empara d'une partie de l'os: la diarrhée vint se joindre à ces maux. Pendant quelque temps on arrêta les progrès de la maladie par l'usage à l'intérieur de la cascarille, de l'opium et du quinquina, et par les applications locales de l'acide pyroligneux. Mais ces moyens ne furent pas d'un long secours: le malade mourut dans la quatorzième semaine après le commencement de la gangrène. L'auteur attribue cette seconde maladie, qui est venue compliquer le cancer de la lèvre, à l'usage de l'iode et du mercure chez cet individu cacochyme. Il ne dit pas si l'ouverture du cadavre a été faite ou non. (*Hueter in Graefe und Walther's Journal.* B. 13, H. 1. 1829.)

OBSERVATIONS SUR LA GANGRÈNE DE LA BOUCHE. — *Par un médecin prussien.* — L'auteur de ces observations a vu la gangrène de la bouche chez six enfans, cinq filles et un garçon. De ces enfans, quatre étaient scrofuleux; chez trois d'entre eux la maladie était survenue à la suite de la coqueluche; chez deux autres à la suite de la rougeole. Le cerveau n'était jamais affecté, car les malades conservaient leurs facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment. La maladie ne paraît pas contagieuse. L'observation suivante est la seule que

l'auteur rapporte. Le 2 novembre 1827, il fut chargé de donner ses soins à une fille âgée de trois ans, constamment maladive, et qui était affectée d'une violente coqueluche avec crachement de sang abondant; ce dernier céda rapidement et fut remplacé par une diarrhée. Le troisième jour, les lèvres étaient fortement tuméfiées, mais sans tache livide ni ulcération. On prescrivit à l'intérieur une solution de sulfate de quinine avec de la teinture d'opium, et l'on fit des applications locales d'un mélange d'une partie d'acide pyroligneux avec six parties de miel rosat. Le lendemain, les gencives s'ulcérèrent près des dents incisives. Les ulcères avaient un aspect scorbutique, saignaient facilement, et répandaient une odeur fétide. Le jour suivant, des ulcères semblables se manifestèrent aux angles de la bouche, et furent accompagnés d'une salivation abondante. On continua l'usage des moyens ci-dessus indiqués. L'état général de la malade s'améliora rapidement ainsi que l'aspect des ulcères, qui cependant saignaient encore très-facilement. Au bout de huit jours, la joue droite se tuméfia, et l'on remarqua à sa surface interne, vis-à-vis des dernières dents molaires, une tache gangréneuse; en même temps le pouls devint faible. Les forces diminuèrent rapidement; la tumeur augmenta de volume, devint rouge, luisante, dure; l'épiderme se gerça, et la gangrène fit des progrès. On ajouta des fomentations aromatiques aux moyens employés jusque-là. Dans l'espace de deux jours, la gangrène avait envahi toute la joue et répandait une odeur insupportable; on pansa la partie avec un onguent composé d'onguent de styrax, de poudre de charbon, de myrrhe, d'acide pyroligneux et d'huile de térébenthine. La maladie n'en fit pas moins des progrès; l'épiderme se gerça de nouveau en plusieurs endroits, et laissa écouler une sanie putride; la face devint œdémateuse; des taches gangréneuses se manifestèrent aux parties génitales; les forces diminuèrent, et la malade succomba le 25 novembre. *Autopsie cadavérique.* — La gangrène s'étendait depuis l'oreille droite jusqu'au milieu des lèvres et du menton, et depuis la paupière inférieure jusqu'à quelques lignes au-dessous du bord inférieur de la mâchoire inférieure. Le vagin était en grande partie gangréné. Une quantité assez considérable d'eau se trouvait épanchée dans le péricarde. Le foie était volumineux; le canal intestinal ne présentait d'anormal qu'une invagination de l'iléum, longue d'un pouce; les glandes du mésentère étaient tuméfiées et endurcies. Le crâne ne fut pas ouvert. (*Hecker's Annalen*, avril 1829.)

TUMEURS SARCOMATEUSES DE L'UTÉRUS. — *Obs. par le professeur d'Outrepont.* — Une femme qui avait toujours été régulièrement menstruée, vit son abdomen prendre un accroissement considérable après qu'elle eut perdu ses règles à l'âge de quarante-cinq ans. Elle se

maria une année après, et au bout de six mois son bas-ventre était devenu extrêmement ferme et volumineux ; sa demi-circonférence, depuis le nombril jusqu'à la colonne vertébrale, avait quarante-cinq pouces. La femme sentait des mouvemens dans l'abdomen ; les mamelles étaient gonflées. Le col de l'utérus était raccourci de moitié. Derrière la paroi du bas-ventre, on sentait trois tumeurs globuleuses qui paraissaient situées sur l'utérus. L'une de ces tumeurs, située à gauche, paraissait être longue de huit pouces et large de six. Les deux autres tumeurs, situées à droite, avaient à peu près trois pouces de longueur et de largeur. Du reste, la femme se trouvait parfaitement bien, à l'exception de quelque gêne dans l'excrétion des matières fécales et de l'urine, gêne provenant de la position vicieuse de l'enfant, dont la tête se maintint dans le petit bassin durant toute la gestation. Le volume de l'abdomen augmenta de fort peu durant les derniers mois de la grossesse, mais le col de l'utérus et les parties environnantes devinrent tellement minces, qu'on pouvait distinguer en les touchant les sutures et les fontanelles de la tête du fœtus. Dix-huit semaines après que la mère eut d'abord senti les mouvemens de l'enfant, les premières douleurs se manifestèrent, les eaux s'écoulèrent lentement. Vingt et une heures après le commencement du travail, le col de l'utérus était dilaté ; mais les douleurs avaient cessé ; et quelques doses de borax restèrent sans effet. On appliqua le forceps, et on retira un enfant vivant et à terme. Un quart d'heure après, l'arrière-faix fut expulsé, mais sans douleur ; une hémorrhagie qui s'ensuivit, et qui ne pût être arrêtée par les remèdes externes et internes qu'on lui opposa, amena des lipothymies, des convulsions et la mort. — *Autopsie*. — Bassin très-ample ; cavité de l'utérus longue de huit pouces, large de quatre et demi. Au-dessous du péritoine se trouvaient trois tumeurs attachées à l'utérus par des vaisseaux et du tissu cellulaire. La plus grande de ces tumeurs était située au côté gauche de la matrice, et avait dix pouces de longueur, cinq de hauteur, huit de largeur, et vingt et un de circonférence. Elle était globuleuse, ainsi que les deux autres, qui, situées au côté gauche et non adhérentes entre elles, étaient hautes d'un pouce et demi, et large de trois et demi. Ces trois tumeurs étaient d'une structure cartilagineuse, ne pouvaient être comprimées, et ne contenaient ni cavité, ni esquilles osseuses. (*Gemeinsame deutsche Zeitschrift fuer Geburtskunde*, 1829.)

Thérapeutique.

EMPLOI DE L'IODE CONTRE CERTAINES TUMEURS. — *Obs. par M. Brodie.* — « J'ai employé l'iode à l'intérieur, dit M. Brodie, dans un grand nombre de cas de tumeurs, sans en obtenir aucun avantage mani-

feste. Cependant, dans deux cas, et dans deux seulement cette substance a produit les plus heureux effets, qu'aucun autre médicament, du moins je le suppose, n'aurait pu produire.

« *Obs.* I.re — Le malade portait sur un des côtés de la langue une tumeur du volume d'une petite noix, d'une forme irrégulière, dure au toucher, parfaitement circonscrite, et qui paraissait comme enchâssée dans le tissu de cet organe. Cette maladie existait depuis environ deux ans, et avait augmenté graduellement; elle avait résisté à l'usage intérieur de l'arsenic et à un traitement par la salsepareille et le deuto-chlorure de mercure. Comme la langue était saburrale et qu'il y avait d'autres symptômes d'un dérangement des fonctions digestives, je commençai par administrer quelques pilules *bleues* (*Pilulæ hydrargyri*), un léger laxatif et quelques amers. Par ces moyens, la langue se nettoya, mais la maladie locale ne parut aucunement améliorée. Je conseillai alors la teinture d'iode trois fois par jour, à doses très-modérées, qui furent graduellement augmentées. Au bout d'une quinzaine de jours, la tumeur avait évidemment diminué de volume; et après deux mois de traitement, elle avait presque complètement disparu. J'envoyai le malade à la campagne, en lui recommandant de continuer l'usage de l'iode pendant un certain temps encore; il y a de cela plus de quatre ans; je n'ai jamais revu le malade, mais j'ai su de bonne source que la guérison avait été complète.

« *Obs.* II.e — Un homme, admis à l'hôpital St.-Georges, était affecté d'une tumeur située un peu au-dessous de l'aisselle. Elle avait le volume d'une petite orange, n'était pas douloureuse, ne présentait aucun signe d'inflammation, et était mobile sous la peau. Je l'enlevai à l'aide du bistouri; en l'ouvrant après l'ablation, je reconnus qu'elle était composée d'un tissu brunâtre, solide, d'une consistance plus ferme et d'une texture beaucoup plus organisée que le fongus hématodes; cette structure était uniforme dans tous ces points, seulement à l'extérieur elle était enveloppée d'un kyste membraneux très-fin et auquel elle adhérait intimement. Quelque temps après, le même individu se présenta de nouveau à l'hôpital pour deux tumeurs qu'il portait au cou, et qui présentaient le volume d'une grosse noix. Elles avaient une si grande ressemblance avec celle que j'avais enlevée précédemment, que je ne fis aucune difficulté de les regarder comme étant absolument de la même nature. Persuadé qu'elles dépendaient de quelque cause constitutionnelle, je ne crus pas devoir recourir à une seconde opération, et je prescrivis la teinture d'iode à l'intérieur, comme je l'avais fait dans le cas précédent. Ce traitement, continué pendant quelques semaines, amena une diminution graduelle du volume des deux tumeurs, qui finirent par disparaître complètement et pour ne plus reparaître.

« Je ne puis dire que ces tumeurs fussent positivement d'une mauvaise nature; du moins n'étaient-elles pas certainement d'une nature très-maligne. J'ai cependant employé l'iode dans quelques cas de maladies locales d'une espèce très-évidemment maligne, comme je pus m'en assurer par la suite, et non sans quelque avantage, passager à la vérité. Je fus consulté par une dame qu'on croyait affectée d'une maladie de la glande mammaire; mais chez laquelle, comme je la reconnus après un mûr examen, cette glande, parfaitement saine, était soulevée et poussée en avant par une tumeur sous-jacente. Je lui fis prendre de la teinture d'iode, et le volume de la tumeur diminua au point que je crus avoir obtenu une guérison parfaite; opinion que partageaient la malade elle-même et ses nombreux amis. Cette espérance fut cependant de courte durée; peu de temps après avoir cessé l'usage de l'iode, la tumeur recommença à augmenter de volume; et le médicament, administré une seconde fois, ne produisit absolument aucun effet. La malade mourut au bout de quelque temps, et, lors de l'inspection du cadavre, je reconnus qu'une tumeur fongueuse ou médullaire, naissant de l'une des côtes, existait sous les muscles pectoraux. D'autres tumeurs de même nature se voyaient dans d'autres points du corps. (*The London med. Gazette*, mars 1830.) »

EMPLOI DU NITRE CONTRE LE SCORBUT. — *Extrait d'un rapport de M. Ch. Cameron, chirurgien de la marine au Conseil de santé maritime.* — Le vaisseau de transport, le *Ferguson*, conduisant à la Nouvelle-Galles du sud 216 déportés, partit des côtes d'Irlande au mois de novembre 1828. Ces malheureux étaient, en général, dans un mauvais état de santé, à cause de la mauvaise nourriture qu'ils recevaient et de la tristesse qui régnait parmi eux. Le bâtiment éprouva beaucoup de mauvais temps dans le commencement du voyage, et les déportés eurent grandement à souffrir du mal de mer. Leur constitution, déjà mauvaise, fut encore altérée; et avant de passer la ligne, l'infirmerie du vaisseau était remplie de scorbutiques, dont plusieurs étaient dans un état alarmant. Le scorbut se montra sous une infinité de formes différentes, ou plutôt d'autres maladies vinrent le compliquer et le rendre plus redoutable encore. Cependant, de toutes ces affections concomitantes, la dysenterie était la plus commune, et après elle les maladies de poitrine. Deux hommes succombèrent à cette dysenterie scorbutique. Au moment où l'on se préparait à toucher à Rio-Janeiro pour se procurer des rafraîchissemens pour les malades, M. Cameron, chirurgien du vaisseau, résolut d'essayer un remède anciennement recommandé par Patterson dans son Traité du scorbut : ce remède, c'est le nitrate de potasse. Comme la provision de cette substance avait été épuisée, on

en prépara à bord du bâtiment avec la poudre à canon. Les effets de ce médicament, assure M. Cameron, furent presque miraculeux; tellement qu'on abandonna le projet de toucher à Rio-Janeiro, et qu'on continua directement la route vers la nouvelle-Galles, où les déportés furent débarqués dans un état de santé des plus satisfaisans. M. Cameron ajoute :

« Je dois dire ici que les symptômes les plus fâcheux que présentaient les malades dans le commencement de la maladie, c'est-à-dire un sentiment de pesanteur et de défaillance à la région épigastrique, furent presque constamment diminués par quelques doses de ce médicament, qui souvent les fit disparaître entièrement. Les prisonniers eux-mêmes en savaient si bien apprécier les bons effets, que, pour la première fois, je vis des malades demander avec instance un médicament, dont le goût était certainement loin d'être agréable. Leur teint pâle et livide et leur figure bouffie et défaite éprouvèrent un changement si complet et si inattendu, que tout le monde à bord pouvait à peine en croire ses yeux. Voici comment je préparais et j'administrais ce médicament : je faisais dissoudre huit onces de nitrate de potasse dans une quantité de vinaigre suffisante pour obtenir soixante-quatre onces de solution. J'employais quelquefois parties égales de vinaigre et de jus de citron. Je faisais ordinairement ajouter à cette dissolution, pour la rendre moins désagréable au goût, un peu de sucre et trois ou quatre gouttes d'huile essentielle de menthe poivrée étendue dans un peu d'alcohol. La dose de cette préparation était d'une once, et rarement je fus obligé de la dépasser. On administrait à des intervalles égaux de trois à huit de ces doses dans la journée, c'est-à-dire depuis six heures du matin jusqu'à huit heures du soir, suivant l'époque de la maladie et la gravité des symptômes. En général, lorsque la maladie était prise de bonne heure, deux ou trois onces du mélange par jour étaient suffisantes; mais il m'a semblé qu'il valait mieux commencer tout de suite par trois ou quatre doses et en augmenter le nombre graduellement. Dans les périodes plus avancées de la maladie, il fallait administrer un plus grand nombre de ces doses, mais quoique j'en aie donné jusqu'à huit onces par jour et même, dans deux cas, beaucoup plus, je n'ai jamais observé d'irritation de l'estomac ni des intestins, ni même aucun autre symptôme qu'on pût raisonnablement attribuer au médicament dont il s'agit. Il convient cependant d'ajouter à chaque dose deux ou trois onces d'eau au moment de la faire prendre. Il n'est peut-être pas inutile de dire ici que, deux ans auparavant, j'ai employé, dans des cas de scorbut très-grave, le nitre dissous simplement dans l'eau, et avec des résultats à-peu-près semblables; seulement il me parut fatiguer davantage l'estomac. » (*The medico-chirurg. Review*, et *The London med. Gazette*, mars 1830.)

exempte de ce danger. Si l'on introduit dans la cavité abdominale d'un chien une peau de baudruche remplie d'air, il s'établit autour d'elle, mais seulement dans une étendue qui correspond à son volume, un travail inflammatoire, une exsudation plastique, une résorption de l'air et de la poche elle-même; on ne trouve plus, au bout de quelques jours, qu'une masse albumineuse concrète, et après quelques semaines, qu'un noyau fibreux résistant. Appliquées au sac herniaire sur des chiens affectés de hernie, les expériences de M. Belmas ont eu le même résultat que dans la cavité péritonéale. Rempli par la poche insufflée, le sac s'est enflammé dans toute son étendue, et s'est oblitéré en quelques jours par suite du travail que nous avons indiqué, sans conserver de traces du corps étranger qui y avait été introduit. De trente chiennes affectées de hernies qui ont été ainsi opérées, malgré l'indocilité de ces animaux, treize ont été radicalement guéries. Voici comment M. Belmas pratique son opération : la petite vessie de peau de baudruche qui doit être employée est vide et garnie d'un tuyau fermé par un robinet. On fait, avec un bistouri court et étroit, une petite incision à la partie la plus inférieure du sac herniaire; écartant ensuite avec deux petits crochets mousses chaque bord de la petite ouverture, on introduit dans le sac une sonde à dard, au talon de laquelle est adapté le tuyau de la vessie dont nous venons de parler. Le bec de la sonde est poussé, avec les précautions convenables, jusqu'à la partie supérieure et près du collet du sac. On pousse le dard, et, à travers l'ouverture qu'il fait à la peau, on retire la sonde, et le tuyau de la vessie de baudruche est amené au dehors. A ce tuyau on adapte celui d'un autre vessie remplie d'air, on ouvre le robinet du premier, et l'on fait passer dans la vessie qui a été introduite dans le sac herniaire la quantité d'air que l'on juge convenable, et qu'on y retient en refermant le robinet.

Cette opération a été déjà pratiquée sur un homme, et suivie d'un succès complet, malgré des conditions défavorables, telles que l'âge avancé du sujet, sa constitution cacochyme, une paralysie de la vessie, et un catarrhe chronique dont il était affecté. Un gonflement considérable survint le deuxième jour; M. Belmas craignit des accidens, mais rien de fâcheux n'eut lieu; depuis deux mois et demi la guérison se soutient, et malgré la toux dont le malade est habituellement tourmenté, la hernie n'a plus reparu. Ce malade a été présenté à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Il est bon de noter que la vessie de baudruche doit être introduite sèche dans le sac herniaire. M. Belmas, qui avait d'abord jugé convenable de l'enduire avec de l'huile, a reconnu que cela seul suffisait pour en empêcher la résorption. (*La Lancette*, T. III, n.° 39.)

Académie royale de Médecine. (Mai.)

Séance du 20 avril. — HOPITAL ET ÉCOLE DE MÉDECINE D'ABOU-ZABEL EN EGYPTE. — M. Mestivier, au nom d'une commission, fait un rapport sur deux mémoires de M. Clot, médecin-inspecteur des armées du vice-roi d'Egypte, relatifs à l'hôpital et à l'école de médecine d'Abou-Zabel en Egypte. L'hôpital d'Abou-Zabel est placé à 4 lieues au nord du Caire, sur les confins du désert; il forme un quarré parfait de 150 mètres, dont les quatre façades répondent aux quatre points cardinaux. Dans chacune de ses ailes est un double rang de salles séparées par un vaste corridor; celles du nord, de l'est et du sud, sont divisées en huit salles, percées les unes et les autres de seize fenêtres, et contenant cinquante lits disposés sur deux rangs. L'aile de l'ouest présente la porte d'entrée, et contient de nombreuses salles pour les officiers de l'armée, la clinique, les magasins, etc. L'espace compris entre les quatre ailes est un jardin botanique, au centre duquel est une bâtisse quarrée comme l'hôpital, et qui contient la pharmacie, l'amphithéâtre, la salle des bains, les cuisines. Ce jardin offre deux divisions, l'une où les plantes sont rangées d'après le système sexuel de Linnæus, l'autre où elles le sont d'après la méthode naturelle de Jussieu. Une salle enrichie de planches anatomiques sert à l'étude des élèves; une autre renferme la bibliothèque. Cet hôpital est spécialement destiné aux militaires; cependant on y reçoit les malades indigens des villages voisins, et on y donne des consultations gratuites. C'est dans cet hôpital qu'est établie, depuis deux ans, une école de médecine composée de huit professeurs, et qui réunit déjà plus de cent élèves.

MOUVEMENS DU CŒUR. — M. Pigeaux, élève interne des hôpitaux de Paris, lit une seconde partie du mémoire dont il a déjà occupé l'Académie dans sa séance du 16 mars dernier (*Voyez* le tome XXII des *Archives*, p. 423.) Il intitule cette seconde partie, *Analyse des bruits du cœur à l'état pathologique*, et y pose les assertions suivantes: 1.° Que la cause de l'étendue des battemens du cœur et des artères gît dans l'extensibilité des parois de ces parties et dans la force de projection du sang; 2.° que la cause du choc, soit des artères, soit de la pointe du cœur, doit être placée dans leur dilatation et leur déplacement en masse; 3.° que les bruits que font entendre ces parties tiennent aux vibrations qu'imprime à leurs parois la colonne du sang, et que la nature de ces bruits est en raison de la texture et du

calibre des vaisseaux en vibration ; 4.° que les bruits de *rape*, de *scie*, de *lime*, sont produits par le passage rapide du sang faisant vibrer des parois ou des valvules qui mettent obstacle à son cours ; 5.° que le bruit de *soufle* a la même origine, sinon que la force de projection du sang, ou la consistance et l'extensibilité des parois de la partie qui vibre, sont moindres ; 6.° qu'enfin, l'absence du bruit prouve une diminution encore plus considérable de l'une ou de l'autre des conditions qui déterminent les bruits anormaux, savoir, la projection du sang, l'étendue et la texture du cœur et des artères.

QUINQUINA DE CUSCO, ET EAUX-MÈRES DE SULFATE DE QUININE. — Mémoire lu par M. Guibourt. M. Pelletier a dernièrement annoncé une nouvelle espèce de quinquina, apportée d'Aréquipa, et à laquelle il a assigné les caractères suivans : de ressembler beaucoup à la vue au quinquina Calisaya ; de devenir d'un vert foncé lorsqu'on le touche par l'acide nitrique concentré ; de donner par l'éther sulfurique un produit d'un vert encore plus marqué ; et enfin, de contenir un nouvel alcali végétal, dont un des caractères serait de verdir par l'acide nitrique. M. Guibourt voulant examiner cette nouvelle espèce de quinquina, en a demandé ; mais celle qu'on lui a envoyée vient de *Cuscó*, et non d'*Arequipa*. Or, d'abord à l'extérieur, elle ne ressemble pas du tout au quinquina Calisaya ; elle a paru être à M. Guibourt celle qu'il avait jadis signalée dans le quinquina blanc de Loxa, comme devant faire une espèce distincte. Ensuite, elle n'a pas verdi par l'acide nitrique ; et loin d'y avoir trouvé un alcali végétal nouveau, M. Guibourt n'y a pas même trouvé de la quinine, mais seulement de la cinchonine dans la proportion d'un gros par livre. Quant aux eaux-mères du sulfate de quinine, M. Sertuerner a prétendu que ces eaux contenaient un alcaloïde différent de la quinine et de la cinchonine ; et, au contraire, MM. Pelletier, Caventou et Henry fils ont dit qu'on ne pouvait retirer de ces eaux que de la cinchonine cristallisée. M. Guibourt a voulu examiner de nouveau ces eaux, et en leur appliquant un nouveau procédé d'analyse, il a reconnu qu'elles ne contiennent que de la cinchonine, plus du phosphate de chaux qui provient du charbon animal qui a été employé à leur clarification ; d'où il conclut qu'il n'y a pas sûreté à employer comme fébrifuge, ainsi que quelques personnes l'ont conseillé, ces eaux évaporées à consistance d'extrait ; d'où il conclut encore, que le seul parti qu'on puisse tirer de ces eaux est d'en extraire la cinchonine, ce qui est facile en traitant successivement ces eaux par l'eau salée et l'ammoniaque, en dissolvant les précipités obtenus par ce dernier dans l'alcohol bouillant, et en distillant celui ci.

ALIÉNATIONS MENTALES GUÉRIES PAR LES DRASTIQUES ET L'ÉMÉTIQUE. — Mémoire de MM. Labonnardière, père et fils, médecins à Crémieux,

département de l'Isère. Rapport de M. Double, au nom d'une commission. Le mémoire de MM. Labonnardière a pour base deux observations de manie qui avaient résisté aux sédatifs, aux saignées, et qui ont promptement cédé à l'emploi des purgatifs (mercure doux), et à celui de l'émétique. MM. Labonnardière assurent avoir vu plusieurs faits analogues, et invoquent d'ailleurs l'autorité de Cullen, Stoll, Van-Swieten, Willis, J. Franck, Morgagni, Reil, Lorry, M. Esquirol, etc. Ils rappellent l'ellébore si vanté du temps d'Hippocrate, et regrettent qu'on n'emploie plus les purgatifs drastiques dans le traitement de la folie. Du reste, ils ne sont pas exclusifs, et professent que l'aliénation mentale réclame des méthodes diverses de traitement selon ses causes et son siége. M. Double applaudit à cette assertion, et cite des faits qui lui sont propres dans lesquels l'émétique a guéri la folie. M. Castel pense que la cause de la folie peut exister dans tous les organes de l'économie; que cette maladie peut provenir, ou d'une irritation générale, ou d'une lésion d'un viscère autre que l'encéphale; il cite deux faits de ce genre dans lesquels, le foie chez l'un, et le poumon chez l'autre, étaient malades; d'où il conclut que la folie peut comporter diverses espèces de traitement.

Séance du 27 avril. — PESTE, CHLORURE DE CHAUX. — M. Larrey écrit que des lettres qu'il a reçues de M. Pariset annoncent le prochain retour de ce médecin. Il fait envoi d'une lettre écrite par ce dernier au consul de France à Alexandrie, et qui contient des détails sur un cas de peste. Un soldat du Caire est indisposé depuis quatre à cinq jours, mais pas assez pour suspendre son service. Tout-à-coup frisson, délire, et mort après cinq heures. M. Pariset visite le cadavre quatorze heures après le décès; il est livide, gonflé à la tête, au nez, aux lèvres, au cou, sous les aisselles, à la poitrine, à l'abdomen, à la verge, au scrotum, aux aines, aux épaules, aux bras, aux cuisses; la peau, d'une couleur plombée, est parsemée de pétéchies; l'épiderme est déchiré en quelques endroits, en d'autres soulevé en vésicules noirâtres et pleines de sérosité sanguinolente; des gaz sortent par la bouche et les narines, et y forment écume; au pli de l'aine droite est un charbon ulcéré, à fond noir. Les médecins du pays reconnaissent la peste. *Nécropsie.* — Tégumens et os du crâne peu sensiblement altérés; dure-mère dans l'état naturel; arachnoïde très-injectée et très-facile à déchirer; cerveau, et cervelet surtout, ramollis comme de la bouillie; beaucoup de gaz s'échappent de la poitrine; poumons un peu mous, avec quelques adhérences; cœur à l'état normal; un peu de sérosité sanguinolente dans le péricarde; foie volumineux et pâle; vésicule biliaire crépitante, et contenant un peu de bile décolorée et des gaz; estomac grand, vide; sa membrane muqueuse est boursouflée; intestins grêles ardoisés à l'extérieur; près

le duodénum, altération de la muqueuse, qui est de couleur brune, recouverte d'un mucus de même couleur, parsemée d'ulcérations arrondies, à bords relevés, à fond noir : dans le gros intestin, la muqueuse est plus blanche, mais boursouflée, bosselée, et avec des ulcérations sur les bosselures; reins pâles, deux fois plus volumineux, crépitans par suite des gaz qui en remplissent le parenchyme; vessie vide et d'un pâle éclatant; rate très-volumineuse, comme diffluente, sans consistance; les glandes inguinales droites correspondant au charbon sont très-engorgées, ainsi que celles de l'aine gauche, des aisselles, et celles qui avoisinent les mâchoires; pas de sang dans les vaisseaux. Les médecins pensent qu'une décomposition si générale et si rapide annonce l'imminence d'une peste de la plus dangereuse espèce. En aspergeant le cadavre avec du chlorure de chaux, on a fait cesser toute mauvaise odeur.

Proportions coïncidentes des appareils nerveux, reproducteur et respiratoires des animaux. — M. Virey lit un mémoire intitulé: *Du développement des appareils nerveux et reproducteur des animaux sous l'influence de leurs fonctions respiratoires.* L'idée mère de ce mémoire est que les appareils nerveux et reproducteur sont d'autant plus développés dans les animaux, que le sont les organes respiratoires; et qu'à mesure que ceux-ci acquièrent de l'importance dans les espèces animales, ces espèces ont des organes nerveux et reproducteurs plus actifs et plus compliqués. A l'appui de cette idée M. Virey cite les nombreux faits suivans : 1.° Il n'existe aucun vestige d'organes nerveux et sexuels dans tous les êtres qui sont privés d'organes respiratoires; exemple, les *infusoires*, les *polypes*, etc. 2.° Chez les *actinies* et les *animaux rayonnés*, dans lesquels les organes respiratoires commencent à poindre sous forme de vésicules tubulaires ou réticulaires, ou de trachées aquifères, déjà se montrent des traces d'un système nerveux diffus, et des groupes d'ovaires remplis d'ovules. 3.° Tant que l'appareil de respiration consiste en de simples trachées distribuées par tout le corps, comme chez les *insectes myriapodes*, le système nerveux reste formé de simples cordons et de ganglions sans centre encéphalique, et l'appareil reproducteur n'agit qu'une seule fois dans le cours de la vie. Ce dernier caractère est surtout saillant; par exemple, les *aranéides trachéennes* n'ont jamais qu'une seule génération, et meurent après; et, au contraire, les *arachnides* pulmonaires peuvent engendrer plusieurs fois. De même, les espèces d'insectes dont les larves sont aquatiques, par exemple, les *culicides*, les *libellules*, deviennent presque toutes terrestres ou respiratrices d'air, pour accomplir leurs fonctions reproductrices et déployer leurs parties sexuelles. 4.° Au contraire, dès que l'organe respiratoire consiste en branchies et surtout en poumons, il

y a des systèmes nerveux et reproducteurs compliqués, et même il y a toujours rapports dans les degrés de complication des uns et des autres. Ainsi, les *mollusques bivalves* ou conchifères qui ne respirent jamais que l'eau et dans les profondeurs, sont encore acéphales et presque agames, par opposition aux *mollusques céphalopodes*, dont plusieurs respirent l'air et ont des sexes séparés. Ainsi, les *crustacés* qui ont un appareil branchial varié, et quelquefois même des poumons supplémentaires, comme l'a vu M. Geoffroy-Saint-Hilaire chez des crabes demi-terrestres, ont des fonctions sensoriales et musculaires déjà fort complexes, des sexes distincts et qui agissent plusieurs fois dans leur vie. De même, les *poissons* qui ne respirent que par des branchies sont, sous le rapport de leur sensibilité et de leurs fonctions génitales, bien au-dessous des animaux vertébrés à poumons; par exemple, leur chair est moins azotée, et est, comme on le dit, un aliment *maigre*; ils n'ont pas, à proprement parler, d'accouplement. Parmi ces poissons, ceux qu'on appelle *chondroptérigiens* ont une respiration plus compliquée, des branchies fixes dans des bourses pulmonaires; et aussi ils ont une sorte d'accouplement entre leurs sexes, et présentent des œufs éclosant dans les ovaires de leur mère. M. Virey cite encore en faveur de ce rapport entre les organes respiratoires d'une part, et les systèmes nerveux et reproducteur d'autre part, l'exemple des animaux hybernans, chez lesquels la torpeur commence toujours par la diminution graduelle de la respiration, et celui de l'ordre des monotrèmes dans les quadrupèdes, animaux qui sont ovipares, et chez lesquels aussi les organes respiratoires et encéphaliques sont moins parfaits que dans les autres quadrupèdes. Enfin, il conclut que l'acte respiratoire domine toute l'économie des animaux, et est particulièrement le moteur des deux poles correspondans et souvent antagonistes de leur organisme, savoir, le système nerveux encéphalo-rachidien d'une part, et l'appareil reproducteur de l'autre. Plus les animaux respirent, plus ils ont de chaleur, de sensibilité, et plus leurs composés organiques sont animalisés.

La lecture de ce mémoire amène une longue discussion. Plusieurs membres, MM. Rochoux, Villermé, Itard, Moreau, Gueneau de Mussy, contestent que le système génital soit ainsi sous la dépendance de l'appareil respiratoire, et ils veulent même que celui-ci soit, dans ses développemens et dans son action, subordonné au système nerveux. Ils citent en preuve : 1.° que les phthysiques qui respirent mal sont, en général, très-ardens aux plaisirs de l'amour; 2.° que les fonctions génitales diffèrent beaucoup dans les divers âges, et qu'il n'y a pas de modifications coïncidentes dans les organes respiratoires; 3.° que les oiseaux de haut vol, l'aigle, par exemple,

qui ont une grande puissance de respiration, ont les organes génitaux peu actifs, et surtout une fécondité bien inférieure à celle des poissons qui ne respirent que par des branchies; 4.° enfin, que l'embryologie prouve que le système nerveux est la partie du corps qui se montre la première, et qui préside à la première apparition de toutes les autres. M. Guibourt conteste aussi que la chair des poissons soit moins azotée que celle des mammifères, et il s'appuye sur la promptitude avec laquelle cette chair se putréfie, se corrompt. M. Coutanceau croit aussi que c'est un tort d'admettre chez l'homme une respiration par la peau, sur le motif que c'est ainsi que se fait cette fonction chez certains animaux; il y a en cela, dit-il, abus de la théorie des analogues.

Séance du 4 mai. — TABLEAU DES VACCINATIONS PRATIQUÉES EN 1809 DANS LES DÉPARTEMENS DE LA MOSELLE, DU VAR ET DE L'HÉRAULT. — Dans la Moselle, sur 13,145 naissances, il y a eu 8,180 vaccinations et 125 varioles; dans le Var, sur 8,088 naissances, 3,982 vaccinations et 216 varioles; et dans l'Hérault, sur 11,668 naissances, 8,612 vaccinations et 564 varioles.

REMÈDE DE M. GONDRET CONTRE LES MALADIES DES YEUX. — M. Gondret, médecin à Paris, a demandé au ministre de l'Intérieur qu'il lui soit accordé une salle dans un des hôpitaux de Paris, pour y placer tous les malades atteints d'affections des yeux, et les y traiter selon la méthode qu'il a inventée. Le ministre, avant d'accorder à M. Gondret ce qu'il a accordé à M. Civiale pour la lithotritie, a désiré connaître l'opinion de l'Académie sur le degré d'efficacité de la méthode de traitement employée par M. Gondret dans les maladies des yeux, et sur l'utilité dont peut être la mesure que ce médecin sollicite. L'académie a chargé une commission de l'examen de cette affaire, et M. Lisfranc, au nom de cette commission, propose qu'il soit répondu au ministre : 1.° que la méthode de M. Gondret consiste dans l'application d'une pommade ammoniacale caustique sur divers points de la tête, et particulièrement sur le sinciput; 2.° que cette application, préconisée par M. Gondret contre la manie et l'épilepsie, ne constitue une méthode thérapeutique, ni nouvelle, ni certaine; 3.° qu'on peut en dire autant de cette application dans les maladies des yeux dites amauroses, et que depuis long-temps on a combattu ces maladies par une cautérisation pratiquée sur un point de la tête correspondant au nerf de la cinquième paire; 4.° que la méthode de M. Gondret est sans doute rationnelle et utile en beaucoup de cas, mais qu'elle n'est pas plus absolue que toute autre, et compte aussi de fréquens insuccès; 5.° que, du reste, elle est connue de tous les médecins, employée fréquemment par eux, et d'une application facile; les livres qu'a publiés M. Gondret l'ayant, depuis cinq ans,

rendue tout-à-fait publique; 6.° enfin, que, par toutes ces raisons, il n'y a pas lieu d'accorder à M. Gondret une salle dans un des hôpitaux de Paris pour y faire l'application de sa méthode. Après une longue discussion, l'Académie adopte ce projet de réponse au ministre.

MORSURES PAR UNE LOUVE, ENTRAINANT L'HYDROPHOBIE ET LA MORT. — *Mémoire de M. Duchaume, médecin à Bonny, département du Loiret; rapport de M. Ferrus, au nom d'une commission.* — Le 16 septembre 1829, une louve furieuse se jetta sur six individus placés à des distances assez éloignées les unes des autres. 1.° La première personne qui fut mordue était un vigneron robuste, de 40 ans, et qui lutta long-temps corps à corps avec l'animal; il eut de nombreuses plaies, dont quatre à la face, quatorze à l'avant-bras droit et au poignet gauche, cinq aux doigts, cinq à la cuisse droite, la plupart faites sur des surfaces dépourvues de vêtemens. Toutes furent cautérisées deux heures après l'accident, et même les jours suivans avec le beurre d'antimoine; et toutes, sauf une à la cuisse qui était plus profonde, étaient cicatrisées le 26 octobre. Alors apparut autour de cette plaie de la cuisse un érysipèle qui se dessécha après cinq à six jours; en même temps la suppuration de la plaie se tarit, et la fièvre éclata; un vésicatoire fut appliqué sur la plaie et sur le siége de l'éruption, mais en vain; bientôt les cicatrices de toutes les autres plaies se gonflèrent, rougirent, prirent une teinte bleue; la respiration devint pénible; le malade se plaignit d'étouffemens fréquens, accusa un sentiment de chaleur dans le larynx et l'œsophage, eut horreur des boissons, ne put rien avaler, éprouva des mouvemens convulsifs; quatre jours s'écoulèrent ainsi, pendant lesquels tous les symptômes s'aggravèrent; à la moindre contrariété, le malade entrait en fureur; et, enfin, il expira le cinquième, après avoir éprouvé une hémorrhagie nasale et des mouvemens convulsifs. 2.° La seconde personne mordue était une femme de 70 ans; ses blessures n'étaient pas graves par leur étendue, mais elles avaient été faites à nu, et on les cautérisa aussi peu de temps après l'accident. Néanmoins elle succomba à des accidens hydrophobiques survenus trois mois et vingt jours après la morsure. 3.° Le troisième individu mordu était un jeune homme de 15 ans, et d'une sensibilité assez vive; ses blessures étaient les plus considérables et situées surtout à la face; on les cautérisa une heure après l'accident avec le fer rouge; on les lava chaque jour avec du chlorure d'oxyde de sodium étendu d'eau; des frictions mercurielles furent faites; tout présageait une issue heureuse, lorsque le treizième jour après l'accident les symptômes hydrophobiques éclatèrent et firent périr le blessé en quatre jours. L'ouverture du cadavre présenta les altérations suivantes : les lèvres, l'intérieur de la

bouche, le palais, la langue, l'arrière-bouche, sont d'un gris pâle et peu humides; il n'y a ni inflammation, ni gonflement des glandes salivaires, parotides et sublinguales : le larynx et la trachée-artère sont plus lubréfiés de mucosités que la bouche; les bronches sont rouges et pleines d'une mucosité écumeuse; les poumons sont gorgés d'un sang rouge brun, et le cœur plein d'un sang noir assez fluide. L'œsophage et l'estomac ne paraissent nullement enflammés; l'estomac est rempli de mucosités filantes; l'encéphale n'a pas été ouvert. Du sang coulait abondamment des vaisseaux du col et de la tête. 4.° La dernière personne que la louve attaqua fut mordue à plus d'une lieue de distance de la première; c'était un homme de 65 ans, qui laissa passer huit jours sans réclamer aucuns secours; alors ses plaies, qui étaient au poignet et à la main gauche, furent cautérisées, mais envain. Après deux mois les accidens éclatèrent; M. Ferrus, qui les a observés lui-même, dit qu'ils étaient modérés, et lui parurent être ceux de la dernière période du tétanos plutôt que ceux de la rage. 5.° Enfin, deux autres personnes furent mordues encore, savoir : un ancien militaire, et un jeune homme de 17 ans, frère de celui dont nous avons rapporté l'histoire au n.° 3; mais bien que ces deux blessés aient eu plus d'effroi qu'aucun autre, ils ont survécu, probablement parce qu'ils avaient été mordus à travers leurs vêtemens, et que ceux-ci avaient absorbé la salive de l'animal. La louve fut tuée le lendemain du jour où elle avait causé tant de ravages, et disséquée avec grand soin par un artiste vétérinaire; celui-ci n'a pu trouver en elle aucune trace de rage et même de maladie. Était-elle seulement en fureur? Et la morsure d'un animal en fureur peut-elle engendrer la rage? Quelques auteurs l'ont dit, et un des commissaires de l'Académie, M. Ribes, le pense. Il est digne de remarque qu'on a appliqué et entretenu des cautères chez les deux malades qui ont survécu. M. Ferrus élève des doutes sur la convenance de laver les plaies avec une solution de chlorure d'oxyde de sodium, ainsi que sur l'utilité des cautérisations faites tardivement : il exprime le vœu que la commission instituée dans le sein de l'Académie pour faire des travaux sur la rage, rédige une instruction courte et précise pour guider les praticiens des campagnes dans les cas de ce genre. Il ne croit pas enfin que le nom *d'encéphalo-bronchite*, que M. Dechaume propose de substituer à celui de rage, doive être adopté, attendu que rien ne prouve encore que cette maladie ait le siége et la nature que cette dénomination indique.

Ce rapport provoque une longue discussion. M. Rochoux conteste que les frictions mercurielles aient, comme moyen prophylactique de la rage communiquée par morsure, aucun effet heureux; il desire que, dans l'instruction projettée, l'Académie déclare que le seul

moyen curatif est la cautérisation des plaies. M. Moreau pense comme M. Rochoux, et en appelle sur ce point au mémoire de Leroux de Dijon ; la cautérisation, selon lui, doit plutôt être faite avec un caustique liquide qui pénètre dans toutes les sinuosités des plaies qu'avec le cautère actuel ; et il faut la faire précéder du débridement des plaies, pour qu'il n'y ait aucun point de ces plaies qui ne soit atteint. M. Moreau ne pense pas non plus, comme M. le rapporteur, sur les lotions de chlorure de soude ; il les croit utiles au même titre que la pommade vésicante, dont Leroux conseille de couvrir les plaies pendant quarante jours. M. Girard remarque que les morsures faites par les louves sont toujours plus profondes, plus contuses que celles faites par les chiens ; sa pratique a toujours consisté à les débrider et à les cautériser avec le fer rouge ; s'il existe dans leur voisinage quelques organes qui doivent être respectés, il exécute cette cautérisation à travers un morceau de parchemin, qu'il perce dans le lieu qui correspond à la morsure. M. Emery reconnaît que la cautérisation est le principal moyen prophylactique ; mais il ne croit pas pour cela que tous les autres doivent être négligés. M. Piorry s'étonne que le rapport n'ait pas fait mention des autres moyens prophylactiques conseillés, comme l'application de ventouses sur les morsures, l'application de ligatures au-dessus de la partie blessée, etc. M. Adelon dit avoir vu employer plusieurs fois avec succès, à l'hôpital de Dijon, le traitement conseillé par Leroux, et que vient de rappeler M. Moreau ; et dans plusieurs de ces cas, il n'a pas été possible d'élever des doutes sur l'efficacité du traitement, car il y avait, en quelque sorte, contre-épreuve : c'étaient, en effet, des bandes de moissonneurs qui avaient été mordues ; et tous ceux qui vinrent se soumettre au traitement guérirent, tandis que ceux qui étaient restés sans secours dans leurs villages furent apportés plus tard avec les symptômes d'hydrophobie et en périrent. M. Marc reconnaît que la plupart des rages qui se développent par suite de morsure d'animaux, sont des rages transmises par inoculation ; mais il croit que quelques-unes ne sont qu'un tétanos traumatique, ou sont l'effet d'une imagination troublée par la frayeur. MM. Bally et Amussat, enfin, veulent que, dans l'instruction qui sera rédigée, le public soit bien averti qu'il n'y a aucun danger à donner des soins aux infortunés chez lesquels l'hydrophobie se déclare, et que particulièrement on peut impunément recevoir sur ses mains, sur sa figure, les crachats que ces malades ont l'habitude de projetter en abondance autour d'eux.

Hématémèse par érosion d'une branche de l'artère coronaire stomachique. — M. Rullier communique l'observation suivante, qu'il a recueillie dans son service à l'hôpital de la Charité. Un homme de 29 ans, très-adonné aux boissons spiritueuses, menuisier, éprouve,

il y a cinq ans, un vomissement très-abondant de sang, qui se répète huit jours de suite à la même heure, et dont il est entièrement guéri après deux mois. Jusqu'au 15 avril dernier, il jouit de la plus parfaite santé. Alors, chaleur et douleur à l'épigastre, perte d'appétit, et le 30 de ce mois nouveau vomissement de sang, dont la quantité est évaluée de cinq à six livres. Malgré la diète, l'application de sinapismes aux pieds et aux mollets, des sangsues à l'anus, l'usage de boissons acides et styptiques, le vomissement se renouvelle deux ou trois fois dans le jour, et le malade meurt le 1.er mai. — *Nécropsie.* Liquide sanguinolent mêlé de quelques caillots dans l'estomac; au milieu de la longueur de la petite courbure de cet organe, ulcération de trois lignes de profondeur, de six à sept de diamètre, carrée, et dont la circonférence offre un bourrelet assez épais; là, la membrane muqueuse est ramollie, diffluente; et, au contraire, les tuniques musculeuse et séreuse, et le tissu cellulaire sous-muqueux, sont épaissis et comme indurés. Au centre de cette ulcération est l'ouverture d'une des branches de l'artère coronaire stomachique, fermée par un caillot. Le duodénum et l'intestin grêle sont salis, à l'intérieur, d'une légère couche de mucosités sanguinolentes. Le gros intestin est rempli, dans toute son étendue, de sang noir, visqueux, altéré, semblable à la matière noire des vomissemens de la fièvre jaune. Tous les organes sont décolorés, et le cœur lui-même est pâle et vide de sang.

Séance du 11 *mai.* — De l'ecclectisme en médecine. — M. Guérin, médecin et rédacteur de la Gazette médicale de Paris, lit un mémoire sur l'ecclectisme en médecine. Dans ce mémoire, M. Guérin recherche en quoi a consisté jusqu'ici, l'ecclectisme en médecine, et en quoi il doit consister désormais. L'ecclectisme n'a été jusqu'à présent, en théorie, qu'une critique individuelle plus ou moins judicieuse des systèmes, et dans la pratique, qu'une indépendance plus ou moins éclairée et également individuelle. Néanmoins il contient déjà les germes de la méthode expérimentale, c'est-à-dire qu'à la différence des systèmes qui consistent toujours dans une spéculation de l'esprit, dans une hypothèse établie *à priori*, il procède *à posteriori*, opposant les faits aux systèmes, et cherchant jusqu'où les uns et les autres s'accordent. Mais comme, jusqu'ici, l'ecclectisme n'a opéré ainsi que pour montrer le vide des systèmes, il n'a fait encore que détruire. Pour cesser d'être une philosophie passive, et pour édifier à son tour, il faut qu'après avoir montré la discordance qui existe entre les systèmes et les faits, il s'occupe de coordonner et de systématiser ceux-ci. Or, les systématiques n'ont erré que parce qu'ils ont conclu d'après un trop petit nombre de faits, et sans envisager tous les élémens des questions; et conséquemment les ecclec-

tiques n'éviteront leurs erreurs qu'en faisant, au contraire, une analise complète des faits. Voilà ce que doit être désormais l'ecclectisme. Du reste, M. Guérin reconnaît que les systématiques ont au moins rendu ce service, de faire bien connaître ceux des élémens des maladies d'après lesquels ils avaient établi précipitamment leurs dogmes. Dans un prochain mémoire, il montrera comment l'ecclectisme, tel qu'il doit être compris, portera la médecine au rang des sciences positives.

M. Rochoux présente verbalement quelques réflexions sur ce même sujet. Selon lui, l'ecclectisme n'a jamais jeté d'éclat, ni produit d'ouvrages remarquables; déjà deux fois on a cherché à relever l'ancienne école qui portait ce nom; tous les efforts ont été vains. Et, en effet, l'ecclectisme n'est ni une doctrine, ni un système; il n'est rien, ou il n'est que la methode expérimentale, la seule qui puisse faire faire des progrès aux sciences. Prendre çà et là des dogmes dans divers systèmes, c'est ne rien faire, si on ne consulte pas en même temps les faits; or, ceux-ci commandent forcément la déduction à laquelle ils conduisent, et il n'y a plus, à proprement parler, de choix à faire : dès que l'expérience a prononcé, la vérité est là qui subjugue, commande, ne permet plus l'ecclectisme, de sorte que le véritable ecclectisme n'est que la méthode expérimentale.

M. Robinet établit cette différence entre les systématiques et les ecclectiques : que les premiers croient avoir trouvé la vérité, et que les seconds la cherchent. M. Rochoux réplique que les sectateurs de la méthode expérimentale cherchent aussi la vérité, et par l'unique méthode qui puisse y conduire. M. Ferrus conteste qu'on puisse considérer les ecclectiques comme des fauteurs de la méthode expérimentale; ceux-ci ne font la science qu'avec les faits, tandis que les ecclectiques se servent à la fois, et des faits, et des idées des systématiques. M. Rochoux réplique encore que les idées des systématiques ne méritent d'entrer dans la science qu'autant qu'elles sont déjà elles-mêmes une représentation légitime des faits.

Loi de la fécondité dans les animaux. — M. Virey lit une note relative à la troisième objection qu'on a faite au mémoire qu'il a lu dans la séance du 27 avril, et qui repose sur ce que beaucoup d'animaux, dont la respiration est imparfaite, jouissent cependant d'une très-grande fécondité. Il ne faut pas, dit-il, confondre la fécondité avec le penchant à l'acte génital et la complication de la fonction génératrice; tandis que le penchant générateur se montre dans la série des animaux, d'autant plus actif que l'appareil respiratoire a plus de développement, la fécondité au contraire est d'autant moindre que l'être a une organisation plus compliquée. Ainsi, les animaux les plus simples, zoophytes, radiaires, échinodermes, qui sont presque

totalement dépourvus d'organes respiratoires et de système nerveux, jouissent de la plus prodigieuse fécondité à l'aide de gemmes, d'ovules, ou en se reproduisant par division, par bouture. Les mollusques acéphales, qui ont déjà une organisation plus compliquée, multiplient déjà moins. Cette multiplication est moindre encore dans les mollusques céphalés, qui, bien qu'androgynes pour la plupart, ont cependant besoin du concours d'un autre individu pour se reproduire. Néanmoins, dans tous ces animaux inférieurs, la fécondité est encore considérable comparativement à ce qu'elle est dans les animaux vertébrés. Enfin, dans ceux-ci, les poissons sont certainement les plus froids dans leurs amours, à ce point qu'ils n'ont pas même d'accouplement; et certainement ils sont au contraire ceux qui ont le plus de fécondité. En somme donc, tandis que les appareils nerveux et reproducteurs se compliquent de plus en plus dans les animaux à mesure que l'appareil respiratoire a plus de développement, au contraire la fécondité diminue progressivement, depuis le zoophyte, où elle est extrême, jusqu'à la femme qui est unipare.

STRABISME. — M. Pravaz lit un mémoire *sur les causes probables du strabisme*. Il rapporte d'abord une observation d'amaurose incomplète avec cataracte commençante guérie par la méthode de M. Gondret, c'est-à-dire l'application d'un exutoire sur le sinciput. La malade était affectée dès son enfance de strabisme avec divergence de l'œil gauche; l'œil droit était sensiblement plus gros, voyait bien, mais à courte distance. Un jour elle ressentit tout-à-coup une chaleur très-vive à l'occiput, chaleur qui était sensible au toucher; elle éprouva un long éblouissement, et de ce moment, elle vit constamment entre elle et les objets extérieurs comme une grosse mouche noire qui changeait sans cesse de forme. On recourut aux saignées, ventouses scarifiées, vésicatoires, mais vainement; on crut reconnaître une cataracte commençante, et on se décidait à attendre dix-huit mois pour opérer, quand M. Gondret fut appelé. Il employa sa méthode, et dix jours après, la malade était déjà sensiblement mieux; et après trois mois, non-seulement le spectre obscur, la mouche noire avaient disparu, mais l'œil droit avait diminué de volume, le champ de sa vision s'était étendu de près de moitié, et la divergence des axes visuels avait sensiblement diminué. M. Pravaz connaît plusieurs autres cas où la méthode de M. Gondret a eu des résultats aussi heureux. Il est vrai que des anciens l'avaient déjà conseillée et employée; mais M. Gondret a au moins le mérite d'avoir ramené à cette pratique tombée en désuétude, et même d'y avoir ajouté d'heureux perfectionnemens. M. Pravaz, en effet, croit qu'agir sur le nerf de la cinquième paire par la pommade ammoniacale, est plus avantageux que de le faire par le fer incandescent ou le vésicatoire; on agit

ainsi par secousses brusques, intermittentes, qui, comme l'électricité, sont plus en rapport avec le mode d'action et de vitalité du système nerveux. M. Pravaz arrive ensuite à l'objet principal de son mémoire, *les causes du strabisme*. Il rappelle, 1.° l'opinion de Delahire, qui attribuait le strabisme au déplacement de la partie la plus sensible de la rétine, déplacement qui forçait l'œil à changer d'autant sa direction, pour faire correspondre toujours l'extrémité de l'axe optique au point le plus favorable à la vision; 2.° l'opinion de Buffon, qui accusait une inégalité de force des deux yeux, et qui attribuait le strabisme à ce que l'instinct faisait écarter l'œil le plus faible de la direction du plus fort, pour prévenir la confusion résultant de deux images non également nettes. Il oppose à celle-ci que le strabisme devrait survenir chez les personnes qui ont un commencement d'amaurose ou de cataracte, et chez lesquelles conséquemment les deux yeux n'ont pas une égale force. Il objecte surtout que le défaut de parallélisme des yeux est susceptible de mille degrés, depuis le simple *faux trait* dans l'œil jusqu'à l'écartement le plus grand, de sorte qu'il est impossible dans tous ces cas que l'œil qui s'écarte de la direction normale sorte du champ de la vision de l'autre œil. Il oppose encore que Home et Wardrop ont observé des cas de strabisme congénial, où les deux yeux avaient une égalité parfaite dans leur puissance visuelle. Enfin, il croit trouver la solution du problème, d'une part, dans Delahire, qui, pour expliquer la diplopie, admettait une obliquité du cristallin; d'autre part, dans une observation de Duhamel, qui attribua un strabisme au déplacement du cristallin par la rétraction de quelques-uns des procès ciliaires. Les conclusions de son mémoire sont, 1.° que l'inégalité de force des deux yeux n'est pas la cause du strabisme, car celui-ci existe sans elle, et ce strabisme serait sans effet dans les cas où l'œil qui s'écarte ne sort pas complètement du champ de la vision de l'œil qui pointe directement à l'objet. 2.° Que le strabisme a pour cause un changement de situation du cristallin relativement à l'ouverture de l'iris, ou toute autre disposition anormale des surfaces réfringentes de l'œil; le strabisme étant alors un moyen inspiré par l'instinct pour rétablir la régularité de la fonction, malgré l'irrégularité de l'organe; 3.° que lorsque la paralysie d'un des muscles de l'œil détruit le parallélisme des axes visuels, la déviation qu'éprouve mécaniquement le cristallin par suite de l'inégalité de pression exercée sur les diverses parties de l'œil, tend, après un certain temps, à ramener l'harmonie. La disposition de l'humeur vitrée, non en une seule cavité, mais en des cellules multiples de diverses grandeurs, et dans lesquelles elle peut être sécrétée en des quantités diverses, permet de concevoir comment peut varier infiniment l'inclinaison du cristallin et la situation de cette lentille relativement à la pupille.

AMPUTATION DU COL DE LA MATRICE. — Mémoire lu par M. Dubled, agrégé à la Faculté. Sur quinze extirpations d'utérus pratiquées jusqu'ici, trois seulement ont été suivies de succès; dans les douze autres cas, les malades ont péri, ou par la violence des douleurs, ou d'hémorrhagie, ou d'une péritonite consécutive. Tous les procédés opératoires suivis jusques à présent sont également douloureux; mais celui de M. Récamier est incontestablement le plus sûr, en ce que les ligatures y sont appliquées sur les ligamens larges. Cependant, M. Dubled trouve à ce procédé ce double vice : 1.° De couper les pédicules des ovaires et des trompes utérines sans aucune application de ligature, ce qui expose à une hémorrhagie par les artères ovariques; 2.° d'appliquer médiatement la ligature sur les ligamens larges, ce qui expose cette ligature à glisser au moment où l'on fait la section du bord utérin de ces ligamens. Pour éviter ces inconvéniens, M. Dubled propose le mode opératoire suivant : situer la malade comme pour la taille sous-pubienne : saisir le col de l'utérus avec une pince de Museux, et l'abaisser méthodiquement jusqu'à la vulve : avec un bistouri convexe sur le tranchant diviser sur la lèvre antérieure du museau de tanche ses adhérences avec le vagin, porter le doigt indicateur dans cette ouverture pour décoller la vessie, et avec un bistouri boutonné aggrandir transversalement l'incision à droite et à gauche, et ouvrir le péritoine : agir de la même manière sur la lèvre postérieure pour décoller le rectum du vagin, et user de plus de ménagemens encore qu'en devant, parce que les adhérences sont ici plus intimes; par exemple, au moment où l'on emploie le bistouri boutonné, protéger le rectum avec l'indicateur gauche : appliquer alors sur les ligamens larges qui sont accessibles aux doigts, sur leur tiers antérieur, une ligature qui comprend l'artère utérine; diviser ensuite avec des ciseaux droits, en allant d'avant en arrière, le bord utérin de ces ligamens, et en n'intéressant le plus souvent que le tiers antérieur; enfin, tirer en dehors le corps de l'utérus, et extirper de cet organe toute la partie malade. M. Dubled assigne pour avantages à ce procédé, 1.° de faire éviter les vives douleurs que produit toujours le renversement et l'hémorrhagie provenant de la lésion de l'artère utérine; 2.° de n'enlever de l'utérus que la partie malade, et de respecter le fond qui sert à soutenir le paquet des intestins, et empêcher toute hémorrhagie par les artères ovariques, puisque le pédicule des ovaires et des trompes n'est pas atteint. M. Dubled n'a encore expérimenté ce procédé opératoire que sur le cadavre.

Séance du 18 mai. — VACCINE. — L'Académie reçoit les tableaux des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens du Nord, de Loir-et-Cher et du Cher. Dans le département du Cher, on n'a pratiqué que 1093 vaccinations; dans celui de Loir-et-Cher, il y a

eu 5583 vaccinations sur 7439 naissances; et dans le département du Nord, sur 32110 naissances, il y a eu 19829 vaccinations. Ce dernier département a encore offert en 1829 1760 variolés, dont 149 ont péri.

M. Emery, au nom de la Commission de vaccine, lit le projet d'une instruction sur la vaccine destinée à être envoyée à tous les médecins vaccinateurs. Toute la séance est consacrée à la discussion de cette instruction, qui est renvoyée pour une rédaction définitive à la commission. Le point qui a été le plus controversé est le degré de profondeur qu'il faut donner aux piqûres vaccinales; quelques membres ont pensé qu'il n'y avait aucun inconvénient à faire des piqûres un peu profondes, et ont nié que le sang qui coule dans ces cas entraînât le virus et empêchât le succès de l'opération; ils ont cité un cas dans lequel l'instrument ayant, par un mouvement imprévu du vacciné, traversé de part en part la peau, comme dans l'opération du séton, un bouton vaccinal s'est développé à chacune des deux plaies. Ils ont même avancé que, avec des piqûres un peu profondes, les boutons vaccins étaient plus gros. Mais la majorité de l'Académie s'est prononcée pour la pratique des piqûres superficielles.

Séance du 25 mai. — VACCINE. — Tableau des vaccinations pratiquées en 1829 dans le département de la Meurthe; sur 12448 naissances, il y a eu 11055 vaccinations; 102 individus ont été atteints de la variole. M. le secrétaire donne lecture d'une circulaire de M. le vicaire-général de Nancy à tous les curés du diocèse pour les engager à favoriser la pratique de la vaccine, circulaire à laquelle applaudit en tous points l'Académie, et dont la compagnie remercie l'auteur, M. l'abbé Lamotte.

M. Girard présente une épingle qu'il a trouvée récemment dans le cœur d'un bœuf. M. Renauldin dit avoir trouvé une fois un morceau de clou dans la substance d'un poumon d'homme; l'organe n'était nullement altéré ni enflammé dans le voisinage du clou, et ce clou n'était pas même rouillé.

DISSOLUTION CHIMIQUE DES PAROIS DE L'ESTOMAC APRÈS LA MORT. — M. Andral fils, au nom d'une commission, lit un rapport sur le mémoire qu'a lu M. Carswell, professeur d'anatomie pathologique de l'Université de Londres, dans les séances des 16 et 23 février dernier. (*Voyez* le tome XXII des *Archives*, pages 266, 269 et suivantes.) La commission rappelle les expériences faites par M. Carswell, dans lesquelles ce médecin, assommant des lapins peu de temps après qu'ils avaient mangé, et lorsque la digestion était chez eux en pleine activité, a trouvé chez ces animaux l'estomac ramolli dans sa partie la plus déclive, détruit de sa surface interne à sa surface externe, et dans le sens selon lequel a dû agir le liquide renfermé dans son in-

térieur. Elle a répété ces expériences, et a obtenu les mêmes résultats. Elle croit donc, avec M. Carswell, que, dans ces expériences, les altérations qu'a présentées l'estomac étaient dues à l'action chimique qu'ont exercée, après la mort, sur les parois du viscère, les sucs qui y étaient contenus. Elle croit aussi que ces sucs sont ceux même qui, pendant la vie, opèrent la digestion, se fondant, 1.° sur ce que ces sucs étaient acides, comme l'est le suc gastrique ; 2.° sur ce que ces sucs ont fait subir aux parois de l'estomac des altérations analogues à celles qu'imprime le suc gastrique aux alimens ; 3.° enfin, sur ce que du suc gastrique retiré de l'estomac d'animaux vivans, et déposé dans l'estomac d'animaux morts, a de même effectué le ramollissement, la perforation de cet organe. La commission rapproche de ces expériences un fait observé sur l'homme, celui d'un maçon mort accidentellement des suites d'une chute faite pendant le travail de la digestion, et dans lequel les membranes muqueuse et musculeuse de l'estomac étaient aussi en plusieurs points ramollies et détruites. Elle croit aussi, avec M. Carswell, que, dans ce cas, l'altération de l'estomac était due à l'action chimique qu'ont exercée, après la mort, sur les parois de ce viscère, les sucs digestifs. Mais comme elle n'ignore pas que, en beaucoup d'autres cas de morts subites de l'homme, l'estomac a été trouvé sain, elle ne prononce pas d'une manière aussi absolue que M. Carswell l'identité de ce cas avec ceux qui résultent des expériences de ce médecin. Encore moins adopte-t-elle cette autre conclusion de M. Carswell, que le plus grand nombre des ramollissemens, érosions et perforations de l'estomac, au lieu d'être des effets de maladies éprouvées par ce viscère pendant la vie, comme le croient la plupart des médecins actuels, sont au contraire dus à une action chimique qu'ont exercée sur le viscère, après la mort, les sucs digestifs. M. Carswell, pour justifier cette conclusion, a, dans son mémoire, examiné tous les cas de ramollissement de l'estomac transmis par les auteurs, et particulièrement ceux que l'on doit à M. Louis : il s'appuie, 1.° sur ce que, dans ces ramollissemens prétendus pathologiques, le sang des parties altérées a la même couleur noire que présente le sang que l'on met en contact avec le liquide acide que contient l'estomac pendant la digestion ; 2.° sur ce que les liquides recueillis dans les estomacs trouvés ramollis ou perforés après la mort, ont été reconnus par lui aussi acides que l'est le suc gastrique normal ; 3.° sur ce que ces liquides, introduits dans des estomacs d'animaux morts, ont de même ramolli et perforé ces estomacs. M. Carswell a aussi cherché à déterminer quelles conditions physiques de l'estomac font varier l'influence qu'exercent sur lui, après la mort, les sucs gastriques. Là, où sa membrane muqueuse est lisse et présente une large surface à l'action

de ces sucs, comme au grand cul-de-sac, son ramollissement, son érosion, sont par plaques; là, au contraire, où cette membrane forme des plis, est défendue par des mucosités, le ramollissement est sous forme de stries, de bandes étoilées. M. Carswell prouve ici qu'il faut avoir grand égard aux matières que contient l'estomac, ainsi qu'aux conditions physiques de ce viscère, sa forme, son volume, sa situation, attendu que toutes ces circonstances influent sur le point de l'organe qu'attaquent les sucs gastriques, et déterminent le siége et l'étendue du ramollissement. Enfin, il différencie ainsi les ramollissemens, érosions et perforations pathologiques et cadavériques : 1.° Dans le ramollissement par dissolution chimique, la membrane muqueuse est pâle, transparente, et a une consistance gélatiniforme; dans l'érosion et la perforation par la même cause, les pourtours du point altéré offrent la même pâleur et la même transparence; toutes ces altérations ont leur siége au point le plus déclive de l'organe, là où les sucs gastriques naturellement s'accumulent dans le grand cul-de-sac; leurs bords sont libres, sans adhérence aux organes voisins; on n'observe dans leur voisinage aucuns vestiges d'actions morbides; elles n'ont pas causé d'épanchemens; enfin, le sang contenu dans les vaisseaux de la partie altérée est noir ou brun. 2.° Dans le ramollissement pathologique, au contraire, la membrane muqueuse est souvent rouge, et qu'elle soit rouge ou blanche, toujours elle est plus ou moins opaque et ressemble à de la crême épaisse mêlée de farine; ce ramollissement peut exister dans toutes les parties de l'organe, et là où les sucs gastriques n'ont pu évidemment séjourner; les bords de la partie altérée ne sont pas libres, adhèrent aux organes voisins, et offrent des vestiges d'actions morbides.

Une longue discussion s'engage sur ce rapport. — M. Piorry rappelle que des doutes ont été élevés sur l'existence du suc gastrique; que des expériences de Montègre ont paru démontrer que ce prétendu suc gastrique n'était que de la salive avalée et acidifiée par l'action qu'exerce sur elle l'estomac; et il aurait désiré que la Commission s'expliquât sur ces sucs, qui, selon M. Carswell, opèrent après la mort la dissolution chimique des parois de l'estomac. Il ajoute que M. Carswell n'a opéré que sur des animaux en travail de digestion; et que, cependant, l'abstinence est aussi une des causes les plus puissantes du ramollissement de l'estomac. — M. Louis pense que pour résoudre la grave question soulevée par M. Carswell, celle de savoir si les ramollissemens, érosions et perforations de l'estomac sont le plus souvent des effets de maladies éprouvées par le viscère pendant la vie, ou les résultats d'une action chimique exercée par ses sucs propres sur ses parois après la mort; M. Louis, disons-nous, pense qu'il faut être en défiance des expériences sur les animaux vivans,

lesquelles ne peuvent fournir que des analogies qui sont souvent décevantes; et qu'il faut surtout prononcer d'après des faits recueillis sur l'homme. Or, il ne croit pas que ceux-ci soient aussi favorables à la thèse de M. Carswell, qu'à celle des médecins qui rapportent à une maladie les ramollissemens et perforations de l'estomac. D'une part, sur douze faits qu'il a consignés dans son *Mémoire sur le ramollissement de l'estomac*, sept évidemment ne peuvent être rapportés à une dissolution chimique de l'organe effectuée après la mort. Sur dix-neuf nécropsies qu'il a faites récemment à l'hôpital de la Pitié, il a encore trouvé trois ramollissemens, et dans aucun de ces trois cas, l'altération ne pouvait encore se concevoir d'après la théorie chimique de M. Carswell. Il en a été de même encore chez un homme entré à la Charité avec un catarrhe pulmonaire, puis affecté d'une maladie gastrique qui a duré trois semaines, et qui, mort après d'une angine croupale, présenta un ramollissement par bandes de l'estomac. D'autre part, dans un mémoire qu'il a publié *sur les morts subites*, il a rapporté six faits dans lesquels la mort avait frappé les individus en pleine santé et au milieu du travail de la digestion, et dans aucun d'eux l'estomac n'a offert le ramollissement qu'auraient dû produire, d'après M. Carswell, les sucs digestifs. Il a depuis observé deux cas analogues, un à Gibraltar, et un à la Pitié. — M. Virey remarque que M. Carswell n'a expérimenté que sur des herbivores, animaux dont le suc gastrique est très-acide et très-capable, conséquemment, de corroder la membrane muqueuse de l'estomac; il regrette que ce médecin n'ait pas opéré sur des carnivores, animaux dont le suc gastrique est bien moins acide. Il ajoute que certaines maladies de l'estomac paraissent augmenter l'acidité des sucs digestifs, et peuvent conséquemment entraîner facilement à leur suite des ramollissemens, des érosions de ce viscère. — M. Breschet, pendant six ans qu'il a été chirurgien en chef de l'hôpital des Enfans-Trouvés, a observé un grand nombre de ramollissemens, d'érosions et de perforations de l'estomac; il les a observés surtout sur les enfans qui étaient envoyés à l'infirmerie pour une maladie quelconque, et qui, privés de nourrices, étaient alimentés avec une mauvaise bouillie; il ne les a pas trouvés sur les enfans qui avaient une nourrice; il les attribua donc à une mauvaise alimentation, et, par conséquent, à une maladie. M. Breschet invoque ici l'autorité de M. Cruveilhier, qui s'est occupé beaucoup de ces ramollissemens, les croit aussi des effets pathologiques, et les a observés surtout chez les enfans qu'on venait de sevrer. — M. Rochoux pense qu'on peut taxer de quelque exagération la thèse de M. Carswell, et l'acquiescement que semble y donner la Commission; comme M. Louis, il récuse les argumens tirés des expériences sur les animaux vivans; comme M. Louis,

il remarque que si les sucs digestifs pouvaient ainsi dissoudre l'estomac après la mort, on devrait trouver le ramollissement de ce viscère dans presque toutes les morts subites. — M. De Lens regrette que la Commission, dans son rapport, n'ait pas distingué les faits qu'elle a vérifiés; n'ait pas détaillé, par exemple, les expériences qu'elle a faites et les résultats de ces expériences; il le regrette d'autant plus, que divers médecins, M. Sandras entre autres, ont répété les expériences de M. Carswell, et n'en ont pas obtenu les mêmes résultats. — M. Cruveilhier dit que, au premier coup-d'œil, les ramollissemens de l'estomac paraissent être dus à une action chimique; mais quelques-uns cependant sont évidemment pathologiques; tel est, par exemple, le *ramollissement gélatiniforme* de Jæger; il a observé, en effet, ce ramollissement à la face antérieure de l'estomac, à l'œsophage, dans l'intestin, en un mot, en des lieux où ne pouvaient mécaniquement séjourner les sucs digestifs. Il considère, au contraire, comme cadavérique, le *ramollissement pultacé* de M. Louis, qui existe toujours à la face postérieure de l'estomac, c'est-à-dire là où naturellement s'accumulent et séjournent les sucs digestifs. — M. [illegible] remarque que, dans la solution de la question, il ne faut pas oublier que beaucoup de maladies, même organiques, sont latentes, et ne révèlent leur existence pendant la vie par aucuns symptômes : il a trouvé ainsi des cancers de l'estomac très-avancés, et qu'aucuns symptômes n'avaient pu faire soupçonner. — Quand la vie cesse, dit M. Castel, l'influence des agens chimiques commence; et, bien que ce soient les agens digestifs qui ont produit, dans les cas rapportés par M. Carswell, le ramollissement de l'estomac, ce ramollissement n'arrive que lorsque la digestion est suspendue. M. Castel ajoute que, dans certaines maladies, la vie est si affaiblie, qu'elle n'oppose presque plus de résistance à l'action des agens chimiques contenus dans les voies alimentaires; et delà ces taches noires qu'offrent les intestins dans les maladies de mauvais caractère. — M. Bougon, enfin, parle d'un chirurgien de Londres qui a répété fréquemment les expériences de Hunter, et dans le cabinet duquel il a vu de nombreux estomacs ramollis ainsi à leur surface interne par l'action chimique des sucs propres du viscère. — Le rapporteur, M. Andral, défend la Commission du reproche qui lui est fait d'avoir trop approuvé la doctrine de M. Carswell; la Commission n'a garanti que les résultats des expériences faites sur les animaux, et dans lesquelles l'estomac lui a paru évidemment être ramolli par une action chimique des sucs digestifs. Elle a été plus circonspecte relativement aux autres conclusions de M. Carswell. Il pense, contrairement à MM. Louis et Rochoux, que les expériences sur les animaux vivans peuvent servir ici. Il regarde, du reste, la question soulevée ici par M. Carswell comme

des plus importantes, et il faut l'étendre aux changemens de coloration de la membrane muqueuse de l'estomac comme à ses changemens de consistance, à son ramollissement. C'est à ce titre que la Commission a donné des éloges qui lui ont paru justes au travail de M. Carswell. L'Académie sanctionne en ce point les conclusions de la Commission, et, sur la proposition de M. Cruvelhier, décide qu'une Commission, composée de MM. Louis, Andral fils, Cruvelhier, Lisfranc et Breschet, sera chargée de faire des recherches sur les altérations de l'estomac survenues, ou par causes pathologiques pendant la vie, ou par effets cadavériques après la mort.

VARIÉTÉS.

Notice biographique sur M. A. Desormeaux, *professeur de la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de l'Académie royale de médecine, médecin en chef de l'hospice de la Maternité, membre de la Légion-d'Honneur.*

Si la mort a quelque chose d'effrayant, si sa puissance a droit d'imprimer jamais une terreur profonde, c'est lorsqu'elle frappe inopinément un homme sur lequel se réunissaient tous les genres d'intérêt et de considération, et que son âge et la force apparente de sa constitution semblaient devoir mettre long-temps encore à l'abri de ses coups. Stupéfait à la nouvelle d'un événement aussi soudain, on se refuse quelque temps à y croire; on ne peut concevoir que celui que l'on voyait hier encore plein de vie et de santé, que l'on entourait de tous ses égards et de toutes ses affections, soit descendu dans la tombe. Mais cette illusion passagère, une triste certitude ne vient que trop tôt la détruire, et elle fait place aux éternels regrets, au souvenir douloureux de ce qu'on a perdu. Telle fut la sensation générale que causa la mort imprévue de M. Desormeaux. Sans doute, les corps savans auxquels il appartenait, la Faculté et l'Académie royale de médecine, rendront dans quelqu'une de leurs séances un solennel hommage à la mémoire du membre qui leur fit tant d'honneur. Quant à nous, que nos relations particulières avec M. Desormeaux, collaborateur du *Dictionnaire de médecine* et de ce Journal, mirent à même d'apprécier en quelque sorte de près les inestimables qualités de son cœur et de son esprit, nous devancerons ces éloges publics en disant dans un simple récit ce que nous connaissions de ce savant et excellent homme. Puisse ce triste et dernier tribut payé par notre douleur et notre reconnaissance montrer combien sont légitimes les

regrets que nous cause sa perte prématurée, et combien sa mémoire doit à jamais nous être chère.

Marie-Alexandre Desormeaux, né à Paris le 5 mai 1778, appartenait à une famille qui compte plusieurs générations de médecins; on n'a point encore oublié avec quelle distinction son père, membre de l'ancienne et célèbre Académie royale de chirurgie, exerçait et professait l'art des accouchemens. Il fit ses humanités au collége d'Harcourt, où il remporta plusieurs prix, ainsi qu'aux concours généraux de l'Université. Ces succès de collège, le plus souvent assez insignifians pour l'avenir, méritent toutefois d'être remarqués, lorsqu'ils sont obtenus par un jeune homme d'une excessive timidité, et qui ne les dut qu'à un travail assidu et réfléchi : on ne peut s'empêcher d'y voir une garantie d'aptitude pour une carrière scientifique. Lorsque, en 1792, le gouvernement révolutionnaire eut fait fermer les colléges et tenté d'abolir l'instruction pour mieux établir l'égalité, Desormeaux se vit enlever à ses études inachevées, et fut forcé de se livrer, avant le terme fixé, à la médecine. Il étudia l'anatomie et la chirurgie sous Desault et sous ses élèves les plus distingués, Manoury et Boyer, qu'il aimait à se rappeler comme ses premiers maîtres. Au bout de deux ans, quand on eut senti le besoin de réorganiser des écoles consacrées à l'enseignement de la médecine, Desormeaux fut un des premiers nommé, après les examens requis, *élève salarié de l'École de santé* de Paris; et lors de la création de l'École pratique, il y entra sous le titre d'élève de première classe, et remporta le premier prix à la fin de l'année.

Ce fut vers cette époque, en 1798, qu'à peine âgé de 20 ans et livré tout entier à ses études médicales, il perdit son père, enlevé par une mort aussi prompte que celle qui l'a frappé lui-même. Desormeaux eut dès-lors à lutter contre une destinée qui aurait découragé des hommes d'un caractère plus fort que celui qu'annonçait son extrême timidité. Il n'en fut cependant pas abattu; devenu, à un âge où l'on a encore besoin de guide et d'appui, chef d'une famille nombreuse et sans fortune, il s'élève tout-à-coup à la hauteur d'une situation aussi difficile; et on le voit continuer avec succès le cours d'accouchement que son père avait commencé, et chercher à surmonter les premiers obstacles que présentent les débuts de la pratique. Mais les circonstances graves où se trouvait à cette époque la France, obligée de repousser de toutes parts les efforts de l'Europe coalisée contre elle, ne devaient pas même lui laisser la liberté de poursuivre une carrière si pénible. La conscription l'enlève à ses travaux, à sa famille, et il part simple soldat pour rejoindre sur les bords du Rhin le régiment dont il devait faire partie. Arrivé à Strasbourg, les chefs du service médical de l'armée, auxquels il avait été recommandé et auprès des-

quels il se recommandait lui-même par ses succès dans ses études et par son instruction, lui firent obtenir un congé de quelques mois, dont il profita pour se faire délivrer une commission de Chirurgien de troisième classe. Attaché en cette qualité à l'avant-garde de l'armée de réserve, il fit la campagne d'Italie qui se termina par la bataille de Marengo. Lorsqu'en 1802, la paix de Luneville eut rendu pendant quelque temps du repos à la France, un congé définitif lui permit de revenir à Paris et de reprendre sa carrière, où l'attendaient encore de nombreuses et pénibles épreuves. Un concours se présente pour des places d'aide d'anatomie à l'école de médecine. Desormeaux est nommé le premier. Bientôt, les modiques appointemens attachés à cette place sont réduits de moitié; il est obligé, pour subvenir aux besoins d'une existence bien modeste, de donner des leçons de langues anciennes et de mathématiques qu'il avait étudiées jadis avec succès, et qu'il n'avait pas cessé de cultiver au milieu d'occupations toutes différentes. Plus tard, lorsque son mérite et les années l'eurent placé dans une situation heureuse et calme, M. Desormeaux se plaisait à rappeler ces temps de mauvaise fortune. Les souvenirs de l'adversité passée ne sont pas sans quelque charme, soit par le contraste qu'ils forment avec le présent, soit par le sentiment assez légitime d'orgueil qu'à leur insçu conçoivent les cœurs même les plus modestes, à l'idée des obstacles qu'ils ont surmontés.

Cependant M. Desormeaux n'avait point encore le titre de Docteur. Il obtint gratuitement ce grade, au concours, le 6 floréal an XII (1804) en remportant le prix annuel fondé tout récemment par Cabanis. Il présenta et soutint à cette occasion une thèse ayant pour titre : *Précis de doctrine sur l'accouchement par les pieds*. Le sujet traité dans cette dissertation était sans contredit un de ceux que les accoucheurs du dernier siècle avaient conduit le plus près de la perfection; M. Desormeaux sut lui donner encore de l'intérêt en s'en occupant, par la manière claire et précise avec laquelle il exposa ce point de doctine des accouchemens et par l'art qu'il mit à ramener les procédés opératoires à un petit nombre de règles générales applicables aux divers cas. Nous devons dire, toutefois, que l'auteur annonce son travail comme n'étant presque que le résultat des idées puisées dans les leçons de son père. Quoi qu'il en soit de cet aveu, on reconnaît déjà dans cet essai le genre de talent qui le distingua plus tard.

Après son admission au Doctorat, M. Desormeaux se livra à l'exercice de la médecine; malgré son mérite réel, ce ne fut qu'avec peine et après des dégoûts sans nombre qu'il parvint à se former quelque clientelle. Son caractère timide, froid et réservé, ses manières simples, éloignées de tout artifice et de toute ostentation, étaient peu propres à lui applanir les difficultés d'une carrière où le savoir-faire donne plus de succès que le savoir.

Enfin, la fortune commença à se relâcher de ses rigueurs, et le conduisit, quoique lentement encore, à la position la plus brillante. Corvisart, dont il avait été l'élève, et qui avait pu apprécier son mérite, lui fit obtenir une place de chirurgien dans la maison de Madame, mère de l'empereur; à quelque temps de là, il contracta une alliance honorable, où il trouva un bonheur que la mort seule put interrompre; et dans le courant de l'année 1811, lorsqu'un concours eut été ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour remplacer le célèbre Baudelocque, dont la mort laissait vacante une des chaires d'accouchement, M. Desormeaux fut nommé professeur après des épreuves longues et difficiles, soutenues contre des compétiteurs habiles. Nous n'avons pas assisté à ce concours qui a laissé des souvenirs glorieux dans l'école, et nous ne pouvons en dire que ce que nous avons souvent entendu répéter. On s'accorde à avouer que cette circonstance révéla dans M. Desormeaux une instruction si étendue, un esprit d'observation si exact, une sûreté et une sévérité de jugement si peu commune, enfin une logique si pressée et si vigoureuse, qu'il se plaça tout d'abord, quoique bien jeune, parmi les premiers maîtres de l'art. Mais citons de préférence les paroles d'un juge compétent en cette matière, et qui fut probablement témoin de cette lutte scientifique: « M. Desormeaux, a dit tout récemment M. Moreau sur la tombe de ce professeur, entra en lice avec des hommes qui, par leur mérite, leur âge, les travaux qu'ils avaient publiés, paraissaient devoir offrir peu de chances de succès à leur jeune et modeste compétiteur. Mais dès la première épreuve, M. Desormeaux prouva par ses connaissances en anatomie et en physiologie, par sa vaste et solide érudition, par la pureté et l'élégance de sa diction latine, qu'il serait un concurrent redoutable. En effet, dans les autres épreuves du concours, il conserva cette supériorité qui avait caractérisé son début. » L'envie fit répandre dans le temps que M. Desormeaux ne devait son triomphe qu'à la protection de la mère de l'empereur, à la maison de laquelle il était attaché. Il est curieux de savoir que, loin de lui avoir été aussi utile qu'on le prétend, M.me Lætitia, qui était aux eaux à l'époque de ce concours, lorsqu'elle apprit sa nomination, fit exprimer à M. Desormeaux son mécontentement de ce qu'il s'y était présenté sans son agrément. Du reste, ce que fut depuis le professeur Desormeaux suffirait pour répondre à cette insinuation calomnieuse. Il se peut que l'élocution plus brillante ou plus animée de quelques-uns des compétiteurs ait fait illusion sur le rang qu'ils avaient mérité dans le concours; mais les seuls monumens d'après lesquels nous pouvons maintenant le juger, les dissertations que chaque concurrent composa dans cette occasion, sont là pour attester la justice avec laquelle se fit la nomination de M. Desor-

meaux. Nous ne craignons pas de le dire, sa dissertation sur l'avortement (*de abortu*) annonce un talent si ferme et si complet, qu'il est difficile de croire que la supériorité qu'elle décèle dans son auteur ne se soit pas montrée dans la plupart des autres épreuves : c'est un traité complet, quoique fort court, de la matière; méthode, saines doctrines, érudition étendue et choisie, critique judicieuse, langage simple, élégant et concis : telles sont les qualités qui distinguent ce travail à un haut degré. Nous ne terminerons pas l'historique de cette partie intéressante de la vie de M. Desormeaux, sans citer, comme un trait de son caractère, l'hésitation qu'il mit à se présenter à un concours dont il devait remporter la palme. Telle était la défiance qu'il avait en ses propres moyens, défiance que sa timidité et sa modestie excessive faisaient presque partager à des gens éclairés; telle était la modération de ses goûts et de son ambition, qu'il fallut toutes les pressantes sollicitations de sa famille et des personnes qui le connaissaient intimement, pour le décider à descendre dans une arène où il apporta une force si imposante et des armes si bien préparées.

La place de professeur à la Faculté de médecine de Paris ouvrait à M. Desormeaux une carrière brillante, qui mit en évidence sa haute capacité. En 1816, ses collègues lui donnèrent une marque d'estime et de confiance, en le nommant à l'unanimité Trésorier de la Faculté, à la place de M. Sue, que la mort venait d'enlever. M. Desormeaux se livra presqu'exclusivement dès-lors aux doubles fonctions que ce titre et celui de professeur lui imposaient.

On était à une époque de confusion et d'intrigues. La restauration avait fait surgir dans diverses classes de la société des prétentions grotesques. Quelques individus que leur nullité tenait nécessairement dans l'obscurité, s'imaginèrent tout-à-coup que leurs opinions politiques et religieuses, de plus ou moins fraîche date, leur donnaient des droits à toutes les places. On lança contre la Faculté une foule de pamphlets ignobles, où l'ignorance des choses le disputait à la bassesse et à la cupidité; tantôt on dénonçait les professeurs, tantôt on réclamait le retour aux anciennes institutions. M. Desormeaux, qui avait une connaissance approfondie de tout ce qui concerne les institutions médicales tant anciennes que nouvelles, prit part à la rédaction des écrits publiés dans la défense de la Faculté si brutalement attaquée. Une résistance opposée à un homme alors en crédit le signala encore à la coterie qui voulait détruire la Faculté de médecine, et dut le faire regarder comme un ennemi obstiné de la légitimité : le père Élisée, premier chirurgien du Roi, qui travaillait activement, dit-on, à récupérer les attributions très-lucratives attachées anciennement à sa charge, avait envoyé à la Faculté un de ses agens prendre des notes sur les registres de l'ad-

ministration. M. Desormeaux entre dans les bureaux au moment où le secrétaire s'apprêtait à remplir sa mission ; en apprenant sur quel ordre étrange les registres de la Faculté sont mis ainsi à la disposition d'un étranger, il les fait immédiatement fermer, et annonce au mandataire non médiocrement scandalisé de voir ainsi méconnue l'autorité de son maître, qu'il ne lui sera permis de les consulter que sur un ordre du ministre. De plus, les opinions politiques de M. Desormeaux, fermement arrêtées, quoique raisonnables et modérées comme son caractère, n'étaient un secret pour personne. Sans afficher une opposition qui n'était pas dans ses habitudes, il n'avait pas cru non plus devoir cacher l'intérêt qu'il portait au triomphe d'une sage liberté. Cette manière de penser, au milieu des opinions hypocrites de l'époque, ajoutait encore à la considération personelle dont il jouissait. Tant de méfaits devaient lui être soigneusement comptés ; et lui furent difficilement pardonnés. Aussi, quand le ministre Corbière eut dissous illégalement la Faculté de médecine de Paris, en 1822, fût-il sérieusement question d'en éloigner un homme aussi dangereux que le professeur Desormeaux. Comme Beclard, d'illustre et malheureuse mémoire, il faillit n'être pas compris dans la nouvelle organisation de l'école, en 1823. Cependant l'injustice ne fut pas consommée, sans que par aucune démarche le professeur menacé dans ses droits eût cherché à parer le coup qu'on lui destinait. Au milieu des mesures odieuses et ridicules qui furent prises, certaine pudeur retint encore les réorganisateurs de la Faculté, et l'on doit aujourd'hui leur savoir quelque gré de n'avoir pas comblé la mesure de l'absurde !

M. Desormeaux avait négligé depuis plusieurs années les avantages de la pratique. Le danger qu'il avait couru lui montra la nécessité de s'y adonner de nouveau. Dans un temps de lutte entre les partis, où tout ce qui tient au Gouvernement peut être livré aux passions et à l'arbitraire du pouvoir du jour, il dut penser à se créer un avenir indépendant. Il avançait avec succès dans cette nouvelle carrière ; la place de médecin de l'hospice de la Maternité qu'il occupait depuis à-peu-près deux ans (1), le mettait dans une po-

---

(1) On peut juger de l'intérêt que M. Desormeaux aurait su donner à ce service de l'un des hôpitaux les plus importans de Paris, et resté trop long-temps stérile pour la science et pour l'instruction publique, par les travaux que publièrent, sous son inspiration, deux de ses élèves, MM. Danyau et Tonnellé, et qui éclairèrent plusieurs points obscurs des maladies des femmes. La Thèse du premier de ces jeunes médecins, sur la *Métrite gangréneuse*, et le Mémoire du se-

sition favorable pour développer ses rares talens de praticien. Déjà ses confrères l'appelaient de toutes parts en consultation, principalement dans les cas de maladies des femmes. Quelques années encore d'existence, et M. Desormeaux, parvenu au premier rang des médecins consultans de la capitale, assurait à sa famille une fortune honorable. Tant de bonheur et de propérités ne lui était pas destiné. La mort devait trancher le cours d'une vie si belle au moment où tous les obstacles avaient disparu, où il ne restait plus que de doux fruits à recueillir. Depuis quelques mois, M. Desormeaux éprouvait de temps en temps une douleur dans le côté gauche de la poitrine, qui s'étendait jusque dans le bras, et s'accompagnait d'un sentiment profond d'angoisse; du reste, il n'existait ni dyspnée, ni palpitations. Dans l'intervalle de ces courts accès, aucune incommodité n'était ressentie. Tout indiquait une santé parfaite. M. Desormeaux ne concevait aucune crainte sur son état, et attribuait sa douleur de poitrine à une affection rhumatismale dont il avait éprouvé jadis de fréquentes atteintes. Le 29 avril à neuf heures du matin, aucune altération ne se montrant dans sa santé, il se dispose à aller, comme de coutume, à son hôpital. A peine, dans son cabriolet, est-il à quelques pas de chez lui, qu'il succombe, n'ayant eu que le temps de dire: je ne sais ce que j'ai... Je me trouve mal... Cette mort si rapide, si instantanée doit-elle être attribuée à une apoplexie cérébrale, ou, suivant plus de probabilité, à la rupture du cœur ou de quelque vaisseau de la poitrine, c'est ce qui ne peut être que le sujet de conjectures, l'examen anatomique du corps n'ayant pas été fait.

M. Desormeaux ne fut pas un professeur brillant, et ses savantes leçons n'étaient pas de celles qui attirent la foule. Il s'exprimait avec facilité et précision; mais il lui manquait cette chaleur intérieure qui donne de la variété au débit et fixe l'attention des auditeurs sur les sujets les plus arides. Il portait dans l'exercice de ses fonctions une austérité qui, dans les premiers temps, ne lui concilia pas la faveur des élèves intimidés par la froideur et la sévérité de son abord. Ils revinrent bientôt aux sentimens que leur digne professeur méritait, lorsqu'ils eurent connu toute sa bonté, toute son affabilité dans les rapports particuliers qu'ils pouvaient avoir avec lui. Son inflexible équité était généralement connue; son nom dans les juris d'examens et de concours était pour les compétiteurs une sûre garantie d'impartialité. Aucune considération étrangère ne pouvait influer sur les dé-

---

cond, sur les *Fièvres puerpérales*, qui est publié dans divers Numéros des *Archives*, fourniront la preuve de la sagacité avec laquelle M. Desormeaux établissait le diagnostic et dirigeait le traitement de ces terribles maladies.

terminations que ses lumières et sa conscience lui avaient inspirées ; et l'on était certain, par sa présence, que le parti de la science serait bien représenté et les droits du mérite chaudement défendus. Dévoué entièrement aux intérêts de l'enseignement et de la Faculté, et avant tout à la justice, on le vit constamment voter, dans les diverses nominations faites à la Faculté, d'après ces invariables principes. Il n'en eût pas dévié en faveur de l'ami le plus intime, auquel du reste il se fût sacrifié tout entier. Un si noble caractère, joint à une extrême simplicité de mœurs, ne pouvait manquer de forcer l'estime générale. Aussi, à la Faculté, à l'académie, la voix de M. Desormeaux était-elle toujours entendue avec faveur et respect. Son absence à la Faculté sera surtout sentie : M. Desormeaux, estimé et aimé de ses collègues, même de ceux dont il était si loin de partager les opinions politiques et religieuses, était un intermédiaire conciliateur entre les intérêts dissidens que le malheur des temps a laissé s'élever. Puisse le choix de son successeur réparer, s'il se peut, la perte qu'a faite la science aussi bien que le parti des lumières et de la raison !

M. Desormeaux n'a écrit que tard et fort peu, quoique le genre de son esprit semblât devoir le porter aux travaux du cabinet. Mais les efforts de la composition le fatiguaient ; ou plutôt, aimant la science pour elle-même, et dépourvu de toute ambition, de tout désir de distinctions et de succès, de ce mobile puissant qui devrait toujours accompagner les grandes facultés, il n'éprouvait pas le besoin de mettre au dehors le résultat de ses vastes connaissances et de ses méditations. Il ne mit d'activité que dans l'accomplissement de ses devoirs, et s'il parvint à la célébrité, il y fut porté plus par la force des choses que par ses propres efforts. Aussi ne fut-ce qu'après de pressantes sollicitations qu'il se décida à prendre part à la rédaction du *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes. Les nombreux articles que composa M. Desormeaux, et qui comprennent tout ce qui a trait à l'art des accouchemens ainsi qu'aux maladies des femmes et des enfans nouveaux-nés, furent certainement de ceux qui contribuèrent le plus au succès de cet ouvrage (1). On y remarque à un

---

(1) Ces articles sont les suivans : Accouchement — Allaitement — Alongement du col de l'utérus — Ancyloglosse — Avortement — Bassin (vices du) — Baptême — Céphalomètre — Césarienne (opération) — Chlorose — Chute de la matrice — Couches — Crochet — Délivrance — Dystocie — Eclampsie — Embryotomie — Enclavement — Femmes (maladies des) — Forceps — Grossesse — Hydromètre — Ictère des nouveaux-nés — Lactation — Laiteuses (maladies) — Le-

plus haut degré les qualités qui distinguent ses premières productions. Chaque matière est exposée avec une méthode, une clarté et une précision qui ne laissent rien à désirer. Partout une saine érudition se mêle aux résultats les plus exacts d'une observation personnelle étendue ; et si la nature de l'ouvrage dans lequel il écrivait ne lui permet pas de longs développemens, chacun de ses articles paraît encore riche d'une abondance de faits dont ils sont le précieux résumé. Dans les sujets qui touchent aux théories générales de la science, on a lieu d'admirer la sagesse de son esprit, et le parti qu'il a su tirer de la connaissance des anciens auteurs. Il semble que l'habitude de traiter les objets presque tout mécaniques qui constituent la science des accouchemens lui ait donné cette rectitude de jugement qu'il apporta dans des matières moins susceptibles de démonstrations rigoureuses. Ennemi des systêmes hypothétiques, il fut aussi éloigné de cette précipitation qui adopte sans examen les doctrines en vogue, que de cette obstination ridicule à soutenir des opinions surannées. Le soin qu'il eut toujours de rester dans l'observation des faits assure à ses écrits une valeur indépendante des temps et des opinions. Son exemple montre quel avantage a celui qui s'appuie également, et sur les travaux trop dédaignés des auteurs anciens, et sur les recherches des modernes. L'histoire de la médecine lui était trop familière pour qu'il pensât que tout ne fût qu'erreur ou vérité dans un temps. « Restons, disait-il dans un discours prononcé en 1819, dans une séance publique de la Faculté de médecine, restons fermement attachés à la

---

vier — Lochies — Menstruation — Métrorrhagie — Môle — Nourrice — Nouveau-né (physiologie et pathologie) — Obliquité de l'utérus Œuf humain (maladies de l') — Omphalorrhagie — Pelvimètre — Pelvimétrie — Renversement de l'utérus — Rupture de l'utérus — Sevrage — Symphyséotomie — Tire-tête — Toucher — Utérus (maladies de l') — Version du fœtus.

Il y a dans les *bulletins de la Société de médecine* établie dans le sein de la Faculté, plusieurs rapports de M. Desormeaux. Ce professeur mit aussi son nom à la traduction de Morgagni. Mais cette traduction toute entière est l'ouvrage de M. Destouet, jeune médecin laborieux, mort depuis plusieurs années, et qui, inconnu comme on l'est au commencement de sa carrière, eut le bonheur d'acquérir l'amitié et le patronage désintéressé de M. Desormeaux pour cette vaste entreprise. — Enfin M. Desormeaux laisse en manuscrit une traduction française des aphorismes d'Hippocrate, achevée depuis longtemps. La connaissance profonde qu'il avait de la langue grecque, doit faire désirer que ce travail soit rendu public.

même manière de philosopher en médecine ; et si durant le cours de notre carrière, nous voyons paraître quelques-unes de ces théories brillantes, ne les admettons pas complètement, ne les rejetons pas non plus absolument ; mais examinons-les avec attention et sans préoccupation, et tâchons de démêler ce qu'elles peuvent renfermer de vrai. Nous pouvons être sûrs de rencontrer presque toujours quelques aperçus ingénieux, quelques vues utiles qui nous dédommageront de notre travail. Faisons à la médecine l'application du précepte de Plutarque, enseignons-lui à tirer quelqu'utilité de ses ennemis. »

Tel fut l'homme qui vient d'être ravi si inopinément à la science, à sa famille, à ses amis. Que ne puis-je représenter M. Desormeaux dans l'intérieur de cette famille si aimable, si intéressante, à laquelle sa bienveillance et son amitié me permirent si souvent de me mêler, dire tous les sentimens de bonheur qu'il y ressentait, et dont il était entouré ; peindre la simplicité, l'ineffable bonté, la délicatesse qu'il apportait dans le commerce ordinaire de la vie ; que ne puis-je montrer cette générosité qui lui faisait verser des bienfaits sur tous ceux qui l'approchaient ? Mais je n'ai dû parler que de l'homme public, du médecin, de l'écrivain, du professeur célèbre. Pour dire toute la douleur qu'a causée la perte de M. Desormeaux considéré comme homme privé, il faudrait décrire l'impression qu'ont produite les paroles prononcées par un de ses amis de cœur et d'enfance sur cette tombe qu'environnait un concours immense d'amis, de confrères et d'élèves, et sur laquelle MM. Orfila et Moreau venaient de déposer les derniers hommages de la Faculté et de l'académie. Je ne puis mieux terminer cette notice, qu'en transcrivant ce discours touchant.

« Messieurs, a dit le Docteur Honoré : après les paroles que vous venez d'entendre ; après ce tableau si vrai, si noble et si touchant, des rares et éminentes qualités que Desormeaux a développées dans le cours des différentes carrières qu'il eut à parcourir, et qui rendront sa mémoire à jamais recommandable, peut-être un devoir était encore imposé à celui qui lui fut uni dès l'enfance par les liens de la plus douce et de la plus constante amitié ; peut-être eussiez-vous mieux compris encore tout le malheur de sa mort, si je vous l'eusse montré au collège, dans les amphithéâtres, aux débuts de sa carrière médicale, qui furent si pénibles, au sein de son ménage, de sa famille, de ses amis, où il donnait et recevait tant de bonheur, car il était un homme tout d'intérieur, et ne pouvait être connu et apprécié que de ceux qui le voyaient de près ; vous auriez senti alors, combien malgré ses dehors si froids, si graves, si austères, il méritait d'être aimé, d'être chéri, par l'inaltérable égalité de son humeur, par sa simplicité et sa modestie si sincère, par la gaité de sa conversation, par l'abandon et l'oubli de soi-même le plus entier.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances; par F. LALLEMAND, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, etc., etc.* (V.e Lettre.)

Après six années de retard, cette cinquième lettre, si impatiemment attendue, vient enfin de paraître. Nous pourrions sans doute nous borner à en faire la simple annonce à nos lecteurs, tant est grand aujourd'hui l'intérêt qui s'attache à tout ce qui sort de la plume de M. Lallemand; les quatre premières *lettres* sont d'ailleurs entre les mains de tous les médecins jaloux de se tenir au courant de la science, et tous s'empresseront d'y joindre la cinquième, sans s'occuper le moins du monde des jugemens qu'en portera la critique. Mais comme il n'a jamais été rendu compte de cet ouvrage dans les *Archives*, nous croyons devoir présenter ici une sorte de résumé des principales vérités qu'il contient, signaler le point de départ de l'auteur, montrer l'espace qu'il a parcouru, et faire connaître enfin le point où il en est aujourd'hui.

M. Lallemand a avancé le premier que le ramollissement du cerveau est le résultat de l'inflammation de cet organe. A l'époque où il annonça cette importante vérité, l'inflammation de la pulpe cérébrale n'était connue que des chirurgiens, et dans les cas seulement où les accidens qui la caractérisent succédaient à une contusion ou à une plaie de tête avec ou sans fracture des os du crâne. Quant aux médecins, ils la méconnaissaient complètement; ils la décrivaient dans les traités de médecine sous les noms de *fièvre maligne* et de *fièvre ataxique*; ils la confondaient tous les jours avec l'arachnoïdite et l'apoplexie; et si les plus avancés étaient parvenus dans quelques cas à en rattacher les symptômes à une lésion du cerveau, cette lésion n'était pour eux qu'un *ramollissement* qu'ils considéraient comme l'*effet* de la fièvre ataxique ou maligne.

Pour substituer à ces erreurs la vérité qu'il venait de découvrir M. Lallemand trouva donc deux obstacles également rebelles à surmonter, renverser des opinions accréditées, et faire adopter des opinions nouvelles. Mais telle fut l'évidence des faits qu'il publia, le talent avec lequel il sut les rapprocher et les éclairer les uns par les autres, la justesse enfin des conséquences qu'il en déduisit, que ses idées obtinrent tout d'abord l'assentiment général.

Il fit voir que les *fièvres malignes*, *ataxiques* des auteurs, ou le *ramollissement* de la pulpe cérébrale, sont produits par les mêmes causes que l'apoplexie et l'arachnoïdite : âge adulte et vieillesse, consti-

tution pléthorique, suppression d'une évacuation sanguine habituelle, passions tristes ou violentes, abus des liqueurs spiritueuses, coups sur la tête, efforts de vomissement, etc. Il fit remarquer que tous les symptômes de ces affections sont des signes d'irritation cérébrale, tels sont : la douleur de tête, l'exaltation des facultés intellectuelles, les fourmillemens et les picotemens dans les membres du côté opposé à la céphalalgie, les douleurs et les mouvemens convulsifs de ces mêmes membres, puis leur raideur, leur contracture continue ou intermittente, la sensibilité de la rétine et la contraction de la pupille, le strabisme; et que si l'on voit succéder à ces symptômes la diminution de l'intelligence, la stupeur, la somnolence, la dureté de l'ouïe, la perte de la vue, celle de la parole, la paralysie des muscles d'abord avec contracture et conservation de la sensibilité, ensuite avec flaccidité et insensibilité, c'est parce qu'après avoir été enflammé, le cerveau se désorganise, et que par conséquent la diminution, puis la cessation de ses fonctions, succèdent nécessairement à leur exaltation. Il démontra la présence du sang et celle du pus dans les ramollissemens cérébraux, celle du sang dans la substance blanche, par sa coloration rosée ou rouge plus ou moins intense, et dans la substance grise par sa coloration plus foncée, depuis le rouge grisâtre jusqu'au violet noirâtre; celle du pus, dans la substance blanche, par ses nuances de coloration, depuis le jaunâtre jusqu'au verdâtre, et dans la substance grise, depuis le blanc sale jusqu'au verd. Enfin, à ces preuves déjà si puissantes de la nature inflammatoire du ramollissement de la pulpe cérébrale, il ajouta les suivantes : le *ramollissement* du cerveau est, dans le plus grand nombre des cas, accompagné d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde ou d'adhérences de cette membrane à la pie-mère et à la partie du cerveau qui est malade; le *ramollissement* a son siége le plus ordinaire dans la substance grise du cerveau, ou dans les organes qui en sont principalement formés, substance qui reçoit des vaisseaux sanguins en plus grand nombre que la substance blanche; les vaisseaux des méninges et la substance cérébrale qui avoisinent le *ramollissement* sont ordinairement injectés de sang; le travail inflammatoire qui se développe autour des épanchemens de sang des apoplexies se manifeste par les mêmes symptômes et par les mêmes caractères anatomiques que les *ramollissemens* primitifs; enfin, il existe des observations dans lesquelles deux *ramollissemens*, l'un sanguin et l'autre purulent, ont été rencontrés chez le même individu, et l'on a pu remarquer pendant la vie deux séries de symptômes dont la coïncidence a été parfaite avec ces deux degrés d'altération.

Ces faits établis, M. Lallemand s'occupa de tracer le diagnostic différentiel de l'inflammation du cerveau, de l'arachnoïdite et de

l'apoplexie, trois affections ayant plusieurs symptômes communs, existant souvent réunies, et par conséquent faciles à confondre entre elles dans un grand nombre de cas. Comme une conséquence rigoureuse de toutes ses observations, il formula ce diagnostic en ces termes : dans l'arachnoïdite, *symptômes spasmodiques sans paralysie ;* dans l'apoplexie, *paralysie subite, sans symptômes spasmodiques ;* dans l'inflammation du cerveau, *symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale et intermittente.*

Les conséquences thérapeutiques qui devaient découler de cette nouvelle manière d'envisager les *ramollissemens* cérébraux frappent tous les yeux; le traitement antiphlogistique convenait seul à cette maladie. M. Lallemand ne se contenta pas cependant de déduire logiquement de la nature du mal la nécessité de ce traitement, il en prouva les avantages par quelques exemples de guérison, et signala avec beaucoup de force, dans plusieurs observations, les mauvais effets des stimulans, et surtout de l'émétique et de la noix vomique.

Les deux premières *Lettres* avaient été consacrées à établir tous les faits que je viens de résumer, et quelques vérités de détail que je n'ai pas cru devoir rappeler. Cependant l'histoire de l'inflammation aiguë du cerveau n'était pas encore complète. M. Lallemand ne nous en avait fait connaître que les deux premières périodes, celle d'inflammation proprement dite, caractérisée anatomiquement par l'injection vasculaire, l'infiltration ou l'épanchement du sang, et celle de suppuration caractérisé, eanatomiquement par la formation du pus et son mélange avec la pulpe cérébrale. Il lui restait à décrire la troisième période, celle dans laquelle le pus se rassemble en foyer, ou les abcès non enkystés du cerveau ; ce fut l'objet de sa troisième *Lettre.*

Dans cette lettre, il démontra qu'il n'existe point de symptômes qui puissent faire diagnostiquer la formation des abcès non enkystés du cerveau. Contre l'opinion générale, qui attribuait la paralysie, le coma et la plupart des symptômes graves du *ramollissement* à la compression exercée par le pus, il prouva qu'au contraire, à l'époque de la formation et de la collection de ce liquide, les symptômes généraux diminuent ordinairement et cessent même quelquefois entièrement. Il conclut enfin de tous les faits qu'il avait recueillis ou observés lui-même, qu'on peut tout au plus supposer la suppuration du cerveau, quand l'inflammation a été de longue durée, quand cette inflammation atteint, par exemple, le second septenaire, quand alors on aperçoit une grande rémission dans les symptômes, et si surtout cette amélioration porte sur la somnolence, l'exercice des sens et de l'intelligence. Il décrivit ensuite la formation des abcès, et la montra s'opérant tantôt par la réunion de plusieurs petits foyers et la

destruction de la substance cérébrale ramollie qui les sépare, et tantôt par la suppuration du point central d'un ramollissement qui s'étend peu à peu du centre à la circonférence. Enfin, il fit voir les premiers rudimens du kyste qui doit un jour isoler le pus, dans les petits vaisseaux qui résistent à la destruction, et dans les débris du tissu cellulaire encore fixés aux parois du foyer, lesquels se retirent vers la circonférence, se rapprochent, s'entrelacent, et forment un réseau vasculaire et celluleux, très-mince d'abord, mais acquérant chaque jour plus de développement par l'effet de l'irritation continue qu'entretient à sa surface la présence du pus, et s'organisant enfin en membrane.

Conduit ainsi par une gradation naturelle et insensible à l'étude des abcès enkystés, M. Lallemand établit, dans sa quatrième Lettre, que, quelquefois, la formation des kystes est un moyen, sinon de guérison définitive, du moins de suspension de tous les phénomènes morbides pendant quelques mois, et même pendant des années; mais que, le plus ordinairement, ces poches membraneuses entretiennent autour d'elles une irritation permanente, dont l'effet est d'augmenter leur épaisseur par l'addition successive de nouvelles couches, d'où résultent des céphalalgies habituelles et des mouvemens spasmodiques pour les causes les plus légères, jusqu'à ce qu'une inflammation de la pulpe cérébrale environnante, ou une arachnoïdite, ou une apoplexie viennent terminer la scène. Il fit remarquer que la formation des kystes, quoique très-lente dans la plupart des cas, n'empêchait pas cependant de les considérer quelquefois comme des produits d'inflammation aiguë, attendu que leur formation résultait, dans ces cas, d'une série *d'inflammations aiguës*, séparées par des intervalles de temps plus ou moins longs, qui en faisaient bien une maladie *ancienne*, mais non une maladie *chronique*. Il montra que la paroi interne des kystes, en contact avec le pus, a constamment l'aspect des membranes muqueuses plus propres à sécréter du pus, qu'à l'absorber; que les symptômes, dans le cas d'abcès enkystés produits par une inflammation chronique, vont en augmentant d'une manière lente à la vérité, mais non interrompue; que la capacité du sac paraît en rapport avec la durée de la maladie, et il en conclut que, loin de pouvoir absorber le pus qu'ils renferment, les kystes des abcès cérébraux étaient plus propres à en augmenter la quantité. Dans cette lettre, enfin, il prouva que la cause la plus commune, la plus puissante et la moins connue des inflammations chroniques du cerveau, est la carie des os du crâne et, en particulier, celle du rocher à la suite des otites; et il démontra, contre l'opinion de M. Itard, que jamais la carie du rocher n'est l'effet de la présence du pus résultant d'une inflammation du cerveau ou de ses membra-

nes, mais qu'elle est toujours, au contraire, la cause de cette inflammation et de la suppuration qui la suit, et la suite elle-même d'une maladie de l'oreille.

C'est là qu'en était resté M. Lallemand. Reprenant aujourd'hui ses travaux au point où il les avait laissés, il consacre toute sa cinquième lettre aux *indurations rouges* de la pulpe cérébrale. Il commence par faire remarquer, comme dans la lettre précédente, que l'ancienneté d'une maladie ne suffit pas pour autoriser à la regarder comme *chronique*; que les indurations rouges résultent de plusieurs inflammations aiguës séparées par des intervalles de calme plus ou moins complet, et qu'il faut bien distinguer, dans l'étude des symptômes, ceux qui accompagnent la production de l'altération morbide de ceux qui sont produits par sa seule présence ou par les maladies consécutives qu'elle provoque. Rapprochant ensuite toutes les indurations rouges, dont il rapporte les observations, de l'inflammation aiguë ou du ramollissement du cerveau, il fait voir que, de même que cette phlegmasie, l'induration rouge est toujours produite par des causes irritantes, dont l'action s'exerce sur le cerveau; qu'elle a presque toujours son siége dans des parties formées, en totalité ou en partie, par de lasubstance grise; que, lorsqu'elle occupe en même temps la substance blanche et la substance grise, et suivant que le sang et le pus s'y trouvent seuls ou combinés, elle présente, en général, deux couleurs, et est comme bariolée de *rouge* et de *jaune*, de *rouge brun* sur un fond *jaunâtre*, de *rouge* et de *blanc* diversement entremêlés, de *grisâtre* mêlé d'une teinte *violette*; que presque toutes les indurations rouges sont accompagnées de traces de l'inflammation des méninges; en un mot, il démontre, par une série d'argumens analogues à ceux qu'il avait employés dans sa première lettre pour prouver la nature inflammatoire des ramollissemens et leur affinité avec les hémorrhagies, que les indurations rouges sont d'anciens ramollissemens avec infiltration sanguine.

Autour de ce fait principal qui domine tout le sujet de cette cinquième lettre, viennent se groupper en foule des aperçus nouveaux et des considérations importantes dans le détail desquels je crois superflu d'entrer; je signalerai seulement à l'attention des lecteurs les réflexions judicieuses auxquelles notre savant auteur se livre à l'occasion de la paralysie lente et progressive des extrémités inférieures, telle qu'elle se montre dans les indurations rouges et chez les aliénés. Mais je bornerai là cette analyse. A quoi servirait-il de la faire plus complète? Quelque bien faite qu'elle fût, elle ne pourrait tenir lieu de l'ouvrage, et je ne comprendrais pas qu'un médecin instruit pût s'en contenter. Je renvoie donc à la *Lettre* elle-même; on y trouvera, comme au reste dans les écrits de M. Lallemand, des faits du plus

haut intérêt, des discussions profondes, des rapprochemens ingénieux, des généralisations précises, en un mot, toutes les qualités qu'on exige dans les travaux scientifiques. On se convaincra que, sous tous les rapports, cette lettre est digne des quatre premières, et l'on formera des vœux pour que M. Lallemand continue sans relâche d'éclairer par ses recherches et ses méditations la branche obscure de la pathologie sur laquelle il a déjà jetté de si vives lumières. On se dira enfin que le nom du savant professeur de Montpellier est à jamais attaché aux maladies de l'encéphale, comme celui de Corvisart aux maladies du cœur, celui de Laennec aux maladies de poitrine, celui de M. Broussais aux phlegmasies gastro-intestinales.

L. Ch. Roche.

Nosographie organique ; par F. G. Boisseau. (Tome IV.e et dernier.)

M. le docteur Boisseau vient d'achever l'ouvrage de longue halcine qu'il avait entrepris. Le dernier volume de la *Nosographie organique* contient les objets suivans : 1.° la suite du livre cinquième, consacré aux maladies des organes sexuels ; 2.° les maladies de la peau, des yeux et de l'oreille (livre sixième) ; 3.° les maladies du système nerveux (livre septième) ; 4.° les maladies des organes locomoteurs et du tissu cellulaire (livre huitième et dernier.)

Le volume qui vient de paraître mérite les mêmes éloges que ceux dont nous avons déjà rendu compte. Les maladies sont décrites avec exactitude, et sous le rapport symptomatique, et sous le rapport anatomique ; leurs causes sont indiquées avec précision, et leur traitement est fondé sur les données de l'expérience, soit pure, soit rationnelle. L'histoire de plusieurs maladies aiguës de la peau, celle de la variole entre autres, que M. Boisseau a eu de nombreuses occasions d'observer, est plus complète dans l'ouvrage de cet auteur que dans ceux publiés jusqu'ici. Ce pathologiste considère la variole, la varioloïde et le vaccin, comme étant essentiellement de même nature, quoique très-différentes sous le rapport de la gravité, de la marche, de l'intensité de la cause productrice, etc. M. Boisseau commence la description de la variole par une réflexion, qui malheureusement ne parviendra pas à son adresse : « Cette maladie n'existerait peut-être plus aujourd'hui que dans l'histoire, si la salubrité publique pouvait fixer l'attention du pouvoir et des peuples au milieu des intérêts financiers qui les préoccupent. »

Le livre septième, affecté aux maladies du système nerveux, se recommande puissamment à l'attention des lecteurs, par la supériorité de savoir et de jugement dont M. Boisseau y a fait preuve. Tout en rendant une justice pleine et entière aux observateurs labo-

rieux qui ont enrichi récemment cette partie de la pathologie, notre auteur n'a pas manqué de signaler les nombreuses et vastes lacunes qu'il leur reste à combler. « Malgré l'état florissant de l'anatomie pathologique, et les progrès de la physiologie, plusieurs des maladies du système nerveux, dit M. Boisseau, ne peuvent encore être présentées que sous la forme symptomatique. Une raison de cette nécessité, c'est que le système nerveux ne retient souvent, après la mort, que peu ou point de traces de l'état morbide; à quoi il faut ajouter que ses modifications dans l'état de santé n'étant pas connues, il est difficile d'apprécier celles qu'il éprouve dans l'état de maladie. Aujourd'hui même, et sans doute pour long-temps encore, la pathologie du système nerveux n'est que *provisoire*. »

Un ouvrage tel que celui que M. Boisseau vient de composer, offre de si grandes difficultés, qu'il ne faut pas s'étonner si ce savant et judicieux pathologiste ne les a pas toutes complétement surmontées; c'est surtout à une composition de ce genre que l'on peut appliquer cette pensée du poëte latin :

Ubi plura nitent non ego paucis
Offendar maculis.

Peu de personnes, à notre avis, possèdent au même degré que M. Boisseau les hautes qualités nécessaires à quiconque entreprend de représenter intégralement une science aussi vaste et compliquée que la médecine. On s'aperçoit seulement, en lisant l'ouvrage de ce médecin, que, dans quelques parties de la science, il lui manque cette observation personnelle que rien ne saurait parfaitement remplacer. Ainsi donc, pour exprimer franchement toute ma pensée sur la Nosographie organique, je dirai que c'est l'œuvre d'un homme d'un grand savoir et d'un grand talent, et auquel il ne manque, pour imprimer à cet ouvrage toute la perfection dont il est susceptible, que d'être médecin d'un hôpital. Puisse bientôt M. Boisseau obtenir un titre dont il est digne, et nous verrons alors, dans des éditions subséquentes, sortir de ses mains une nosographie qui ne laissera rien à désirer! Malgré l'absence d'une classification générale philosophique, malgré quelques erreurs et quelques imperfections de détail; en un mot, telle qu'elle est aujourd'hui, la Nosographie organique me paraît néanmoins l'un des traités élémentaires de médecine les plus utiles que puissent consulter les élèves et tout médecin qui, n'ayant pas assez de temps pour méditer les monographies cliniques, désire néanmoins connaître l'état actuel de la médecine.

J. Bouillaud.

Le Médecin sans médecine, ou le Charlatanisme dévoilé ; par D. J. GOBLIN, D. M. P. 1 vol. in-12; 1830. Chez Béchet, place de l'École de Médecine, n° 4.

Le Charlatanisme a fait depuis quelques années tant de progrès en médecine, qu'on ne saurait trop applaudir aux efforts de ceux qui cherchent à le réprimer. M. Goblin est un de ces médecins zélés qui, n'écoutant que la voix de leur conscience et ne cédant qu'à l'amour du bien public, ne voient point d'antagonistes indignes d'eux quand il s'agit de leur arracher des dupes. Comme la plupart des charlatans exploitent cette idée vulgaire, que les maladies ne peuvent guérir que par l'élimination des humeurs viciées, c'est de cette méthode évacuante ou purgative qu'il s'est plus particulièrement attaché à faire ressortir les dangers : et il l'a fait en s'appuyant sur d'excellens raisonnemens physiologiques, et surtout sur des observations authentiques capables d'effrayer ceux qui se laissent séduire par le jargon absurde des empiriques. Quelque justes néanmoins que soient les opinions de M. Goblin, peut être serait-on en droit de lui reprocher, soit d'avoir, par le titre de son ouvrage, cherché à faire allusion à des écrits récens, trop ridicules pour mériter une réfutation, soit, ayant adopté ce titre, d'avoir trop soigneusement évité de s'occuper d'hygiène, science dans le domaine de laquelle le titre de l'ouvrage semblait devoir plus spécialement le retenir.

Aphorismes d'Hippocrate, latin-français ; traduction nouvelle, par E. PARISET, *D.-M., etc., etc. Troisième édition. Paris,* 1830, *in*-32.

Entre tous les livres de médecine, il n'en est point qu'on cite plus souvent, ni qu'on lise moins que les Aphorismes d'Hippocrate ; aussi n'en est-il pas un seul sur lequel on ait porté des jugemens plus opposés ni plus faux. Tantôt on a vu des adorateurs du Père de la médecine ne pas trouver de termes assez relevés pour exprimer leur entousiasme de tradition, tantôt des dépréciateurs de l'antiquité, censurer avec rigueur ce premier monument de la médecine, en le jugeant sur le patron des ouvrages composés de nos jours ; deux genres d'excès presque également ridicules. Sans aucun doute les Aphorismes d'Hippocrate méritent d'être étudiés par tout médecin qui ne croit pas sa tâche achevée quand il est parvenu à meubler sa mémoire de ce qu'on nomme l'*état actuel de la science ;* c'est-à-dire d'un ensemble de principes ayant cours aujourd'hui, et dont une partie seront peut-

être abandonnés demain. Mais si cet ouvrage du médecin de Cos est encore digne de fixer l'attention, ce n'est pas, comme on le répète tous les jours, qu'on y trouve un ensemble fort imposant de connaissances pathologiques positives, encore moins qu'on en puisse tirer des règles de pratique d'un grand usage; mais parce que c'est un des ouvrages d'Hippocrate où l'on peut le mieux l'étudier comme écrivain systématique, et le premier monument élevé par ce grand homme à la philosophie expérimentale ou méthode inductive, qui n'établit des principes qu'après avoir observé et rapproché des faits. comme tel, on peut le recommander à quiconque possède assez de lumières et un esprit assez indépendant pour le lire comme doit être lu un ouvrage composé il y a environ deux mille deux cents ans. Cette lecture est, sinon plus sûre, au moins plus commode dans une élégante traduction française que dans le texte, et beaucoup plus que dans une version latine. Aussi malgré quelques erreurs que Bosquillon avait signalées, et que M. Pariset aurait dû corriger, la traduction de ce dernier est-elle à sa troisième édition, qui ne sera probablement pas la dernière.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1830.

Mémoire sur un point d'anatomie et de physiologie du système veineux. — Mécanisme de l'entrée accidentelle de l'air dans les veines. — Effets de l'élasticité du poumon. — Par M. BÉRARD *aîné.*

On dit qu'une artère divisée en travers reste béante, et qu'une veine s'affaisse lorsqu'on la soumet à la même section. C'est une des différences que l'on a reconnues et généralement admises entre ces deux ordres de vaisseaux. J'ai constaté cependant, et je vais essayer de démontrer que beaucoup de veines forment des canaux qui ont plus de tendance à rester permanens qu'à revenir sur eux-mêmes. La source de cette propriété n'est pas dans la texture même des veines, mais dans leurs connexions, leurs adhérences avec les parties voisines. Déjà les sinus de la dure-mère avient fixé l'attention des anatomistes; mais loin de rechercher si d'autres parties du corps offraient un arrangement analogue dans leur système veineux, ils n'avaient vu là qu'un cas exceptionnel qu'ils désespéraient de rallier à leur théorie de la circulation

veineuse. L'aspect des vaisseaux sus-hépatiques adhérens au tissu du foie et présentant çà et là dans les coupes de cet organe des ouvertures béantes et proportionnées au diamètre des veines incisées, aurait pu faire soupçonner, si on eût rapproché ce fait du précédent, qu'il pouvait entrer dans le plan de la nature de faire circuler le sang noir dans des canaux maintenus dilatés par une autre cause que l'abord de la colonne de liquide qui les parcourt.

J'ai dit que cette propriété n'était pas inhérente au tissu des veines, mais au mode de connexion de ces vaisseaux avec les parties voisines; c'est ce que je vais tâcher de faire comprendre en examinant successivement les deux veines caves, et celles de leurs subdivisions qui offrent la conformation dont je m'occupe. Je rechercherai ensuite quelle liaison peut exister entre cette disposition anatomique et la circulation veineuse.

Si on ouvre la veine cave supérieure au-dessus du lieu où la membrane séreuse du péricarde se réfléchit sur elle, on voit que cette veine ne s'affaisse point; ses parois restent écartées, malgré l'écoulement de sang qu'elle contenait. Si on recherche la cause qui maintient ainsi la veine dilatée, on la trouve dans l'adhérence de cette veine au prolongement fibreux que le péricarde envoie sur elle, car la veine, disséquée et isolée, devient flasque et s'affaisse comme une veine sous-cutanée. A cette cause de dilatation de la partie la plus élevée de la veine cave supérieure, on peut en joindre, pour sa portion inférieure, une autre qui aurait dû se présenter à l'esprit des physiologistes, lorsqu'ils ont noté l'influence des mouvemens respiratoires sur la circulation veineuse. Cette autre cause sera exposée plus loin avec les faits anatomiques et les raisonnemens sur lesquels on peut établir son existence.

Les deux veines sous-clavières, la jonction de ces veines aux jugulaires, n'offrent pas plus que la veine cave les caractères que l'on a assignés aux vaisseaux veineux; elles ne deviennent flasques et plissées qu'autant qu'on les a séparées des lames fibreuses auxquelles elles adhèrent. Les lames aponévrotiques du cou remplissent, à l'égard de plusieurs des veines de cette région, une fonction qui n'avait point été soupçonnée, celle de les maintenir dans un certain degré de tension, de dilatation.

Avant d'aller plus loin, je vais appliquer la connaissance anatomique que nous venons d'acquérir à l'explication d'un accident qui a causé autant de terreur que de surprise lorsque la pratique chirurgicale l'a fait reconnaître. On a vu, pendant le cours d'une opération, le malade succomber tout-à-coup entre les mains du chirurgien; l'entrée brusque de l'air dans les veines et sa raréfaction dans l'oreillette avaient, dit-on, enrayé tout-à-coup les battemens du cœur. Si maintenant nous comparons la rareté de ces faits à la fréquence des lésions des veines dans les opérations chirurgicales, nous serons conduits à admettre qu'il existait, dans les cas où l'air s'est introduit dans ces vaisseaux, quelque circonstance physique particulière qui manquait dans tous les autres : or, c'est dans des opérations pratiquées au cou que cet accident est survenu, et l'on a déjà deviné, je pense, la condition physique à laquelle on peut le rapporter. Pour que l'air pénètre spontanément dans une veine ouverte, il ne suffit pas que le mouvement de la poitrine ou l'oreillette droite exercent l'office d'une pompe aspirante, dont cette veine représenterait un des tubes : car si elle est susceptible de s'affaisser, la pression atmosphérique appliquera ses parois l'une à l'autre au moment où le vide sera fait dans sa cavité, et l'air n'y sera pas admis. Il n'en sera pas de même si la veine, attachée par sa face externe à des aponévroses résistantes,

peut supporter sans céder la pression atmosphérique; l'air alors se précipitera dans l'ouverture béante qu'elle présentera après avoir été divisée. La théorie que je donne ici de l'entrée de l'air dans les veines du cou pourrait ne pas paraître satisfaisante à ceux qui rejettent l'influence des mouvemens inspiratoires sur le cours du sang veineux. Mais personne n'a mis en doute de nos jours le mouvement de flux et de reflux du sang dans les veines du cou, et cette oscillation est suffisante pour occasionner l'entrée de l'air dans une veine ouverte, si celle-ci est maintenue béante et si elle est peu distante de l'oreillette droite.

L'état de tension, de dilatation des veines supérieures du corps ne se borne pas à la veine cave supérieure, aux deux sous-clavières, et à leur jonction aux jugulaires. Si on examine l'axillaire depuis le muscle scalène jusqu'au creux de l'aisselle, on la verra présenter un canal dont les parois attachées extérieurement à une aponévrose qui descend de la clavicule et couvre d'abord le muscle sous-clavier, ne sont que peu susceptibles de se rapprocher de l'axe du vaisseau. M. Cruveilhier a été frappé de cette disposition en regardant une pièce que j'avais préparée dans son laboratoire. J'ai remarqué et fait voir à M. Hourmann une conformation semblable dans des veines volumineuses situées près des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales, dans celles qui viennent des environs de l'épaule, gagner la partie inférieure de la jugulaire interne. On la retrouve aussi entre les feuillets de l'aponévrose temporale; cependant je n'ai pas répété souvent cette dernière observation.

Si nous ajoutons à ces vaisseaux les sinus de la dure-mère, les canaux veineux du diploé, décrits par MM. Chaussier, Fleury, Dupuytren, et ceux des vertèbres représentés par M. Breschet, nous aurons rencontré,

dans une assez forte partie des divisions de la veine cave supérieure, une conformation qui ne peut manquer d'avoir de l'influence sur le cours du sang veineux, et qui cependant n'avait, à ma connaissance, été généralisée par aucun anatomiste, ni même signalée en ce qui regarde les veines proprement dites.

Voyons si nous ne trouverons pas quelque chose de semblable dans les veines qui naissent au-dessous de l'oreillette.

La veine cave inférieure, dans son trajet à travers le diaphragme, est entourée d'une toile fibreuse qui l'attache au pourtour de l'ouverture aponévrotique qui lui livre passage. C'est immédiatement au-dessous du diaphragme que cette veine reçoit les plus grosses des veines sus-hépatiques, dont les parois sont adhérentes au tissu du foie, ensorte que ces veines restent béantes quand on les a divisées. J'ignore si la veine cave inférieure est maintenue dilatée dans la gouttière que le foie lui prête, et je ne retrouve plus que dans le rachis et le bassin la structure dont je viens de parler. J'avais depuis plusieurs années noté et décrit dans mes leçons d'anatomie le rapport des veines du cou avec l'aponévrose cervicale; mais je n'avais point songé à étendre ces remarques à d'autres parties du système veineux. Cette idée me vint en examinant, avec M. Cruveilhier, les veines du bassin d'un grand quadrupède dont on avait apporté le tronc dans le laboratoire de la Faculté. (Comme des portions d'ours et de cheval ont été introduites presque à la même époque, je ne sais plus précisément sur quel animal ont été faites ces remarques.) Les veines du bassin offraient un aspect qui différait à peine de celui des sinus de la dure-mère. Chez l'homme, les veines iliaques externes sont loin de présenter un degré aussi considérable de tension; mais les gros troncs de la veine hypogastrique adhèrent au contour des ouver-

tures fibreuses qu'elles traversent, et sont ainsi maintenues dilatées par l'aponévrose pelvienne supérieure. Cette disposition est plus marquée encore dans la portion de l'aponévrose qui descend autour de la prostate. Les veines forment dans toute cette région des canaux à parois constamment écartées.

Telle est la particularité anatomique que je me proposais de faire connaître; elle ne peut manquer d'exercer quelque influence sur le cours du sang veineux, de se rattacher à quelque phénomène de mécanique animale. Je suis convaincu qu'elle favorise l'abord du sang dans la poitrine pendant l'inspiration, et je vais m'efforcer de justifier ma manière de voir à ce sujet.

Avant de passer outre, je déclare que la lecture du mémoire de M. Barry sur les causes du mouvement du sang dans les veines, que celle du rapport fait par MM. Duméril et Cuvier, que les mouvemens de dilatation et de resserrement alternatifs observés dans la tumeur de certains *spina-bifida*, que la suppression des hémorrhagies veineuses par l'action de respirer largement et régulièrement (remarque qui avait déjà été faite il y a vingt-quatre ans, comme on peut le voir dans une observation publiée par M. Fizeau dans le XIIe volume du Journal de Médecine), je déclare, dis-je, que ces faits ne m'ont laissé aucun doute sur la part que prennent les mouvemens du thorax à l'abord du sang veineux dans l'oreillette droite et les veines caves. Je crois avec M. Barry qu'au moment où le vide est formé dans la cavité du thorax par l'aggrandissement de cette cavité, la colonne d'air qui se précipite dans la trachée n'est pas le seul fluide sollicité par cette aspiration, et qu'un double courant de sang veineux est poussé dans la poitrine par la pression atmosphérique.

Cette doctrine, appuyée déjà sur les expériences dont

M. Barry a publié les résultats, acquerra pour nous un nouveau caractère de vérité et d'intérêt, si nous découvrons dans le système vasculaire veineux des conditions anatomiques qui ne paraissent avoir d'autre destination que de faciliter l'accomplissement des phénomènes qu'elle consacre.

La première, et la plus importante peut-être, des expériences de M. Barry, a consisté à adapter à la veine jugulaire d'un cheval un tube, dont une des extrémités avait été poussée jusque vers l'oreillette droite; tandis que l'autre, extérieure, plongeait dans un liquide coloré. On sait qu'il vit alors le liquide coloré se diriger vers l'oreillette pendant les mouvemens d'inspiration de l'animal. Si M. Barry eût adapté ce tube à une veine éloignée du cœur, dans la continuité d'un membre par exemple, il est certain que l'action aspirante ne se fût pas transmise jusqu'au liquide, la pression atmosphérique s'y fût opposée, en applatissant la veine dans la partie intermédiaire au tube et à l'oreillette. L'expérience eût manqué aussi dans le cas où toutes les autres conditions étant restées les mêmes, le tuyau destiné à laisser passer le liquide dans l'oreillette eût été susceptible de se laisser affaisser par la pression de l'air. Le lecteur voit bien, je l'espère, où je veux en venir; j'ai montré, au commencement de cet article, les veines sous-clavières, axillaires, etc., maintenues dilatées et tendues par les lames aponévrotiques auxquelles elles adhèrent. Il est évident que cet état de tension, de dilatation des veines qui entourent la partie supérieure de la poitrine, les rend propres à transmettre directement et sûrement aux veines plus éloignées l'action de pompe aspirante qui a lieu pendant la dilatation de la poitrine. La veine principale du membre supérieur va ainsi puiser le sang jusque dans l'aisselle.

Les aponévroses qui fixent les veines ayant des adhérences avec les os de cette région (*le sternum, la première côte, la clavicule*), tout cet appareil est tendu davantage dans le mouvement que la poitrine exécute pendant l'inspiration. Ainsi, par un mécanisme admirable, c'est au moment où se fait le vide avec le plus d'énergie que les vaisseaux acquièrent ce surcroît de résistance à la pression atmosphérique. Ce que j'avance ici n'est point théorique : j'ai plusieurs fois examiné sur le cadavre l'influence du mouvement d'ascension communiqué au sternum et à la première côte, sur l'état de tension des grosses veines de cette région.

Faut-il conclure de ce qui précède que l'action aspirante de la poitrine ne peut s'étendre à la colonne de sang qui parcourt des veines éloignées du tronc et dépourvues du moyen de résistance que j'ai indiqué précédemment ? Je ne le pense pas; la continuité de cette colonne sanguine, depuis l'oreillette jusqu'aux capillaires, l'abord non interrompu d'une nouvelle quantité de sang provenant des artères, la présence des valvules, sont autant de conditions physiques sur lesquelles M. Barry a établi des raisonnemens fort ingénieux, que l'auteur appliquait nécessairement à tout le système veineux, puisque l'état des veines qui sortent de la poitrine n'avait pas fixé son attention. Je ne dois point reproduire ici les considérations de M. Barry, je me bornerai à faire observer que la puissance d'inspiration va nécessairement en s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne du cœur, et que c'était près du lieu où s'opère le vide que les vaisseaux veineux devaient recevoir les moyens de résister à la pression de l'atmosphère.

Si nous jettons maintenant les yeux sur ce qui doit arriver à la veine cave inférieure lorsque le vide est fait dans la poitrine, nous verrons l'action de pompe aspi-

rante s'exercer de suite avec le plus grand avantage sur le sang contenu dans les veines sus-hépatiques, adhérentes, comme nous l'avons dit, au tissu du foie, et ne s'affaissant pas quand on coupe cet organe par tranches. On est frappé en comparant ces veines avec celles de la veine porte hépatique, de la différence qui existe entre elles sous ce rapport; on sait que c'est par là qu'elles se distinguent les unes des autres au premier abord. Je suis bien trompé si nous ne possédons pas la cause finale de cette disposition anatomique, dont j'avais plusieurs fois, mais en vain, essayé de me rendre compte. Mais n'aurions-nous pas en même temps acquis la connaissance d'un élément important pour la solution du problême de la circulation veineuse abdominale? Que de tentatives n'a-t-on pas faites pour découvrir dans les parois de la veine porte ou dans la capsule de Glisson une structure musculaire capable de pousser dans le foie le sang qui revient des organes digestifs! Après avoir renoncé à cette espèce de cœur abdominal (*cor abdominale*), dont on avait même essayé de calculer la force, les modernes s'étaient arrêtés au *vis à tergo*, aidé de la pression exercée par la ceinture musculaire de l'abdomen, pression dont les effets si bien démontrés par Boerrhaave ne peuvent être mis en doute. Ajoutons à ces deux agens d'impulsion l'action aspirante de la poitrine, favorisée ici par l'adhérence des veines sus-hépatiques au tissu du foie, et nous pourrons comprendre la circulation de la veine porte sans le secours d'hypothèses appuyées sur des erreurs anatomiques. Remarquons qu'ici, comme pour la partie supérieure de la poitrine, le moment où se fait le vide est aussi celui où s'opèrent, dans les parties voisines, des changemens qui assurent ou favorisent l'effet des mouvemens respiratoires sur le cours du sang veineux. Au *cou*,

c'est la tension plus grande des aponévroses qui soutiennent les veines lors de l'élévation du sternum et de la première côte; au *ventre*, la compression exercée sur les viscères abdominaux, et par conséquent sur la veine porte abdominale par l'abaissement du diaphragme, coïncide avec *l'aspiration* qui a lieu dans les veines sus-hépatiques, aspiration qui s'étend jusqu'aux anastomoses assez larges qui existent dans le foie, entre ces vaisseaux et la veine porte hépatique.

Je n'ai, jusqu'ici, considéré que des vaisseaux peu distans de l'oreillette droite. Il ne me paraît pas aussi facile de découvrir quel peut être l'usage de l'état de dilatation permanente dans certains vaisseaux plus éloignés de la poitrine, dans les veines hypogastriques par exemple et autour de la prostate. J'ai fait quelques conjectures à ce sujet, mais elles pourraient ne pas satisfaire beaucoup de personnes, et je m'abstiendrai de les exposer.

On a vu que, dans toute la partie physiologique de ce mémoire, j'ai considéré comme démontrée l'action de pompe aspirante exercée par la poitrine, action qui ne peut, en effet, être mise en doute après les expériences de M. Barry. Mais il doit rester de la curiosité à satisfaire, relativement au mécanisme suivant lequel s'opère la tendance au vide dans les gros troncs veineux qui aboutissent à l'oreillette, et peut-être dans l'oreillette elle-même. On peut, je crois, ajouter quelque chose à ce qu'a dit M. Barry à ce sujet. Cet expérimentateur compare ingénieusement le médiastin, le péricarde et le cœur à un soufflet ayant pour tuyau aspirateur les veines caves, et pour canal de décharge l'aorte. Il s'attache à démontrer que le soufflet est aggrandi pendant l'inspiration, car c'est dans ce moment que se fait le vide et que les veines aspirent. Il trouve la cause de l'aggrandissement dans le

mouvement du sternum qui tend à porter la surface antérieure du péricarde en avant ; et dans l'abaissement du diaphragme, qui doit entraîner le péricarde vers l'abdomen. Enfin, le résultat de l'aggrandissement du péricarde serait la dilatation du cœur, et surtout de ses oreillettes. Ce serait donc là que s'opérerait la *tendance au vide*, ou du moins qu'elle deviendrait efficace pour le cours du sang veineux. Une objection bien forte à cette explication (mais à l'explication seule, car, encore une fois, on ne peut pas attaquer des expériences répétées si souvent avec le même résultat) a dû se présenter à ceux qui se sont rappelé le rhythme des battemens du cœur. S'il est bien démontré, en effet, que l'oreillette se contracte au moins deux fois pendant l'inspiration, comment pourra-t-on concilier son resserrement avec l'aspiration continue du sang veineux pendant la dilatation de la poitrine? Il faut donc une cavité de réserve susceptible de remplir momentanément par son expansion le rôle de l'oreillette dans l'intervalle des dilatations de cette dernière. La portion des veines caves qui est renfermée dans la cavité du péricarde me paraît remplir cette fonction. La veine cave supérieure parcourt un assez long trajet, revêtue seulement par la membrane séreuse du péricarde. De plus, cette veine et l'inférieure forment, en se réunissant en arrière et à droite, un large sinus qui ne doit pas prendre part à la contraction de l'oreillette. Ces parties, renfermées dans le médiastin avec le péricarde, sont soumises à la même cause d'expansion qui, d'après M. Barry, opère la dilatation de l'oreillette.

C'est par l'examen de cette cause, c'est-à-dire du mécanisme de l'ampliation du médiastin, que je vais terminer ce travail. Nous avons vu M. Barry invoquer pour l'aggrandissement dans le diamètre *antéro-postérieur*, le mouvement du sternum, et pour celui qui a lieu dans le

sens vertical, l'abaissement du diaphragme : une force qui tendrait à écarter l'une de l'autre les deux lames du médiastin, procurerait un agrandissement transversal qui ne pourrait manquer d'exercer une influence puissante sur la dilatation des veines caves et de l'oreillette. Cette force existe, je pense, dans la tendance au vide qui se forme dans chaque cavité pleurale au moment de l'inspiration. Le poumon, en effet, est doué d'une élasticité qui ne lui permet de se prêter qu'avec peine à l'expansion de son tissu au moment où la colonne d'air est appelée dans les divisions bronchiques par le mouvement inspirateur. Mais cette proposition a besoin de développemens pour lesquels je demande toute l'attention du lecteur.

L'élasticité du poumon est connue de tous ceux qui ont étudié la composition de la trachée et de ses subdivisions. Mais cette élasticité occasionne, tant sur le cadavre que chez l'homme vivant, des phénomènes ignorés de quelques-uns, et très-mal expliqués par d'autres. Disposez d'un cadavre dont les poumons soient parfaitement sains, laissez la poitrine intacte, ouvrez la cavité abdominale, et retirez-en les viscères *sans intéresser le diaphragme*, vous verrez ce dernier muscle tendu, convexe du côté de la cavité thoracique et entraîné vers elle, de manière à résister aux tractions par lesquelles vous tenteriez de l'attirer vers l'abdomen. C'est dans cet état qu'on le dissèque avec facilité, et les étudians ne l'ignorent pas. Les choses étant ainsi disposées, faites une ponction aux parois de la poitrine ou au diaphragme, de suite le muscle perd sa tension, il devient flasque et tombe dans la cavité abdominale; si vous observez en même temps le poumon, vous le verrez fuir lentement et se réduire du tiers ou de la moitié de son volume. J'entends quelques personnes versées dans la pratique des dissections me dire qu'il n'y a rien de nouveau dans tout cela; qu'Haller en a parlé

en réfutant l'opinion qu'Hamberger avait adoptée après Blancardi, Fantoni, et autres ; eh bien ! je leur demande quelle est la cause de ce phénomène, et je suis sûr qu'elles me répondront : « *Le poids de l'air a comprimé et affaissé le poumon :* » au moins n'ai-je pas obtenu d'autre explication jusqu'à ce jour de ceux de mes confrères qui professent l'anatomie, auxquels j'ai adressé la question précédente. Il est aisé de démontrer que cette explication n'est pas soutenable. Le problème se résout fort heureusement en une question de physique, et de physique peu transcendante. Quel est l'état du poumon avant la ponction pratiquée aux parois de la poitrine ou au diaphragme? Il remplit exactement la cavité thoracique, et ses cellules aussi bien que les divisions bronchiques renferment de l'air *en communication libre* par la trachée avec l'air extérieur. Il y a donc une colonne d'air atmosphérique qui presse la cavité du poumon ou la face interne de ses cellules. Une deuxième colonne d'air est mise en rapport avec la *face externe* au moment où l'on ouvre la poitrine. Je voudrais maintenant que les partisans de l'explication que je combats me démontrassent par quelle loi physique la pression atmosphérique s'exercera avec plus d'avantages sur la face externe que sur la face interne du poumon. Je me rappelle avoir entendu donner pour raison, que la colonne d'air qui presse, en passant par un tuyau aussi étroit que la trachée, ne pouvait faire équilibre à celle qui s'applique à toute la surface du poumon ! Si le lecteur pouvait être séduit par un raisonnement de cette force, je l'engagerais à prendre connaissance de ces baromètres de voyage, où l'air qui suspend le mercure presse par un pertuis capillaire trop étroit pour laisser sortir les globules mercuriels. Il est donc démontré qu'au moment où l'on vient d'ouvrir la poitrine dans l'expérience indiquée précédemment,

le poumon se trouve placé entre deux forces parfaitement égales et qui par conséquent se neutralisent. Si dans cet état il revient sur lui-même, c'est *son élasticité* seule qui doit expliquer ce retrait. Cette élasticité chasse à l'instant une bonne partie de l'air qui remplissait les cellules pulmonaires, et si on adapte à la trachée un tube qui plonge sous une cloche pleine d'eau, on peut recueillir le fluide élastique qui s'échappe. Ce dernier fait est bien connu.

Il résulte de ce qui précède que, *sur le cadavre comme chez le vivant, le poumon est constamment dans un état d'extension forcée, dans une tendance continuelle au resserrement.* Au moment où un homme rend le dernier soupir, le poumon obéissant à son élasticité tend à se réduire en un petit volume, et entraîne les parties qui touchent à sa face externe, autrement un vide se formerait entre l'organe et les parois de la cavité qui le récèlent; la poitrine s'affaisse, mais bientôt la solidité de cette enveloppe met une borne à sa dépression; le diaphragme est repoussé par l'atmosphère vers la cavité où s'opère la tendance au vide, voilà pourquoi il offre la tension dont il a été question précédemment. Lorsque les choses en sont à ce point, l'élasticité du poumon n'est pas encore satisfaite, et il continuerait à revenir sur lui-même, laissant ainsi un vide dans la plèvre, si la colonne d'air qui presse par la trachée sur sa face interne ne le maintenait appliqué aux parois thoraciques et au diaphragme. C'est précisément par cette colonne d'air que la formation du vide dans la plèvre est empêchée, c'est cette colonne d'air qui maintient le poumon dans un état d'extension qui contrarie le jeu de son élasticité. Si, dans cet état, on vient à faire une ponction à la poitrine, l'air qui se met en contact avec la face externe du poumon, faisant alors équilibre à celui qui remplit ses vésicules, l'organe continue d'obéir à son élasticité, il se resserre de plus en plus, etc.

Tel est donc l'état du poumon au moment de la plus grande expiration possible; loin d'être comprimé, il est encore plus vaste que ne le lui permettraient ses propriétés de tissu; voyons maintenant ce qui arrivera lors de l'inspiration. La tendance au vide, dans la cavité de la plèvre, deviendra de plus en plus énergique; ce sera ici, comme partout ailleurs, la pression atmosphérique qui s'opposera à la formation du vide, d'une part, en dilatant le poumon pour qu'il reste constamment appliqué aux parois, de l'autre, en déprimant les parois, si cela est possible, pour qu'elles continuent à toucher le poumon. La dilatation du poumon est opérée par la colonne d'air atmosphérique qui se précipite dans la trachée au moment de l'inspiration; la dépression des parois est resserrée dans d'étroites limites, mais elle est d'un grand intérêt pour le sujet que je traite. Nous pouvons considérer à chaque cavité thoracique quatre côtés; l'*extérieur*, formé par la portion osseuse et cartilagineuse de la poitrine, et l'*inférieur*, formé par le diaphragme, loin de se déprimer, sont les agens de la formation du vide; restent le *supérieur* et l'*interne*. Le premier, qui correspond au sommet de la poitrine, est enfoncé par la pression atmosphérique pendant chaque inspiration, de là, comme on sait, les dépressions qu'on observe derrière les clavicules. Le côté interne correspond au médiastin, entre les deux lames duquel sont renfermées les veines caves; si, comme il est aisé de le comprendre, chacune de ces lames est entraînée vers la cavité pleurale dans laquelle s'opère la tendance au vide, elle s'éloignera de celle du côté opposé, et aggrandira ainsi le médiastin dans le sens transversal. L'effet de cette locomotion sur les parties renfermées dans le médiastin est facile à prévoir. Il suffit de rappeler que j'avais pour but, dans la deuxième partie de ce travail, de rechercher s'il n'existait pas pour l'agrandissement du

médiastin, comparé à un soufflet ou à une pompe aspi rante, et par conséquent pour la dilatation des veines caves, de l'oreillette, etc., une autre cause que l'ascension du sternum et l'abaissement du diaphragme.

J'ai donné quelques développemens à l'examen des effets de l'élasticité du poumon, parce qu'après en avoir causé avec ceux de mes collègues qui se livrent à l'enseignement, j'ai cru voir qu'il y avoit quelque chose de neuf dans la manière dont je la présente depuis cinq ans aux personnes qui suivent mes leçons d'anatomie.

Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris, pendant l'année 1829, *des diverses méthodes thérapeutiques employées pour les combattre, et spécialement des mercuriaux, des vomitifs et des évacuations sanguines; par M.* Tonnellé, *ancien interne des hôpitaux.* (IV.e et dernier article.)

Chapitre IV. — *Des vomitifs, et en particulier de l'ipécacuanha.* — Nous voici arrivés à une des questions de thérapeutique les plus importantes, et en même temps les plus vivement débattues que nous ayons encore abordées : *Incedimus per ignes.* A voir la singulière animosité avec laquelle l'esprit de système a cherché à bannir l'emploi de ce moyen thérapeutique de l'affection qui nous occupe, et, en général, de presque toutes les maladies, on conçoit de prime-abord que la solution de cette question le touche au vif; car l'estomac n'est-ce pas l'arche sainte? Et puis comment employer le vomitif dans une maladie inflammatoire? N'y a-t-il pas entre ces deux idées incompatibilité absolue? Tel est, en effet, l'espèce de sophisme dont nous nous payons. Préoccupés de l'idée ex-

clusive d'inflammation, nous accueillons avec défiance tout ce qui sort du cercle des moyens antiphlogistiques ordinaires. Nourris dans cette idée trompeuse et abusive que l'inflammation ne comporte que des saignées, des émolliens, nous rejetons toute autre médication, comme opposée à l'idée que nous nous sommes faite de cette inflammation, dont pourtant, il faut bien le dire, nous ignorons complètement la nature. On ne saurait trop s'élever, suivant nous, contre cette funeste préoccupation, qui suffirait à elle seule pour entraver les progrès de la thérapeutique. On ne songe point assez que les théories des maladies ne sont point encore assez avancées pour que nous puissions fonder uniquement et exclusivement sur elles nos diverses méthodes thérapeutiques; qu'ainsi, dans l'état actuel de la science, dès que l'expérience a suffisamment constaté qu'un remède réussit, on doit l'employer sans s'inquiéter si ce moyen s'accorde avec nos idées théoriques, et dire, comme Sydenham, dans un autre cas : « *Si suffragante experientiâ deprehendo, hancce febrem, evacuationibus per diaphoresim factis, libenter cedere, habeo quod quæro : neque enim........ ratiocinatio, sed potiùs experientia docere poterit, quænam febrium species diaphoreticis, quænam verò alius modi evacuationibus, sanari possint ac debeant?* »

D'ailleurs, si l'expérience ne semblait point à quelques esprits un guide assez sûr, les explications leur manqueraient-elles? Les évacuations sanguines combattent l'inflammation dans un de ses principaux effets; mais elles ne l'attaquent pas dans sa cause. Or, n'existe-t-il point d'agens thérapeutiques capables de remplir un tel but? N'y en a-t-il point, sans aller si loin, qui puissent l'annuler, la neutraliser, en suscitant dans l'économie certaines diversions, telles que nous voyons la nature en provoquer chaque jour? N'y aurait-il pas encore vingt autres ma-

nières de concevoir l'action de ces agens thérapeutiques? Mais combien il est plus sage de laisser de côté ces explications, plus spécieuses que solides, qui, bien établies aujourd'hui, crouleront demain! Et qu'il vaut bien mieux s'en tenir aux résultats de l'expérience, qui ne trompe point. Pour nous, sans nous inquiéter si l'idée que nous nous formons des vomitifs est compatible avec celle d'inflammation, nous rechercherons tout simplement, d'après les données de l'expérience, si ce moyen réussit; et si, à cet égard, l'observation fait naître en nous une conviction suffisante, nous l'adopterons sans balancer, bien convaincus que la théorie ne saurait manquer aux faits, tandis qu'au contraire les faits manquent souvent à la théorie.

Willis, White, Antoine Petit et plusieurs autres médecins, employaient les vomitifs, et en particulier l'ipécacuanha, dans le traitement de la fièvre puerpérale; mais ce n'est guère qu'en 1782 que cette méthode fut exclusivement mise en usage par Doucet, un des médecins de l'Hôtel-Dieu, qui la popularisa et y attacha son nom.

On sait assez et les circonstances fâcheuses dans lesquelles ce moyen fut tenté, et les brillans succès qui en couronnèrent l'emploi, et l'enthousiasme, exagéré peut-être, avec lequel il fut accueilli de toutes parts.

Après avoir été suivie de succès incontestables pendant une partie de l'été, et presque toute la durée de l'automne, cette médication, dont on avait fait un spécifique, vint échouer comme toutes les autres; l'année suivante, elle réussit encore pendant quelques mois, puis elle échoua de nouveau. Dans les provinces, à l'étranger, le succès ne fut pas moins variable, heureux à certaines époques, malheureux dans d'autres. Les mêmes observateurs eurent successivement à s'en plaindre ou à s'en louer, suivant les saisons, suivant les formes morbides

contre lesquelles ils l'employaient. (*Leake childbet fever*, 139, 144, 145.

Ces résultats suffisaient déjà pour assigner aux vomitifs la place qui leur convient; mais, au lieu de se rappeler cette observation de tous les grands maîtres, que les constitutions atmosphériques impriment aux maladies en général, et en particulier aux maladies épidémiques, des caractères variables qui changent souvent entièrement la nature des indications thérapeutiques, on aima mieux ne voir dans l'ipécacuanha qu'un remède incertain, trompeur même. Plus cette méthode avait été vantée d'abord avec enthousiasme, plus elle tomba ensuite en discrédit dès qu'elle ne parut plus tenir tout ce qu'elle avait promis : telle est, en effet, la nature de l'esprit : autant, lorsqu'il espère, il adopte avec ardeur; autant, lorsqu'il est trompé, il repousse avec colère; le désappointement qui suit toujours une illusion déçue l'indispose et l'irrite; et si la confiance a été d'abord exagérée, à son tour la défaveur devient injuste. A ces causes de discrédit vinrent encore s'en joindre plusieurs autres. Aux théories de métastase laiteuse qui, il faut bien le dire, avaient beaucoup contribué à répandre l'emploi de l'ipécacuanha dans la fièvre puerpérale, succédèrent bientôt d'autres idées sur la nature de cette maladie : l'inflammation du péritoine, reconnue et proclamée par Pinel, Bichat, etc., ne sembla plus compatible avec l'ipécacuanha; et comme les théories laiteuses avaient donné cours aux vomitifs, aux purgatifs, l'idée d'inflammation, à son tour, entraîna à sa suite la saignée et les antiphlogistiques de toute espèce. Ainsi, ballottée au gré des divers systèmes, la thérapeutique a été jusqu'ici destinée à en subir la changeante et mobile influence.

L'emploi de l'ipécacuanha ne tarda pas à être abandonné; et si on parlait encore de cette méthode, c'était

pour la discréditer; si on rappelait les succès qu'elle avait obtenus, c'était pour les contester ou leur ôter toute importance. Il y a plus, on chercha à établir que les vomitifs, loin d'être utiles dans le traitement de la péritonite, étaient susceptibles d'en déterminer le développement. On crut voir dans quelques observations isolées, et qui ne sont rien moins que concluantes, la preuve irrécusable de ce fait. Les théories ne manquèrent point à l'appui, et dès-lors il fut assez généralement reçu que l'emploi des vomitifs dans le traitement de la péritonite est non-seulement inutile, mais même absurde et dangereux.

Cependant quelques médecins, ennemis des systèmes et fidèles à la voix de l'observation, employaient encore en silence la médication qui nous occupe. Hufeland, Osiander et beaucoup d'autres médecins étrangers en constataient les bons effets. M. Récamier, à l'Hôtel-Dieu de Paris; le docteur Cliet, à Lyon; mon père, dans le cours d'une pratique étendue, et sans doute beaucoup d'autres observateurs encore, en savaient mettre à profit les bons effets.

Mais que pouvaient ces faits isolés, et pour la plupart inaperçus, contre les préventions du moment?

Placé à la Maternité en qualité de médecin en chef, M. Desormeaux eut bientôt occasion d'appliquer sur ce vaste théâtre la méthode dont il avait été souvent à même d'apprécier l'heureuse influence : un premier essai, tenté vers la fin de 1828, fut suivi d'avantages incontestables. Pendant la plus grande partie de l'année suivante, ce moyen fut encore employé, il ne réussit que dans quelques faits isolés, et le plus souvent il échoua. Jamais, toutefois, il n'en résulta d'augmentation dans les douleurs ni dans les autres accidens. Une nouvelle tentative, faite à la suite de ces oscillations remarquables, ne tarda pas

à être suivie des plus heureux résultats. C'était au commencement de septembre 1829, dans le cours d'une épidémie meurtrière, et par une saison froide et humide.

Pendant près de deux mois que cette médication fut mise en usage, toutes les malades ne guérirent pas, sans doute, mais un grand nombre furent délivrées comme par enchantement, et nous vîmes un instant se reproduire les brillans résultats qui avaient suivi l'emploi de cette méthode, entre les mains de Doucet, de Doublet et des médecins de l'Hôtel-Dieu. Mais, à la fin d'octobre, les vomitifs perdirent peu-à-peu de leur influence; vers le mois de novembre, on n'en retira plus aucun fruit, et M. Desormeaux dut en suspendre l'usage jusqu'à ce que les conditions favorables à son emploi vinssent se présenter de nouveau.

A l'appui des données que nous venons de présenter, nous croyons maintenant devoir exposer ici un certain nombre d'observations détaillées, comme nous l'avons déjà fait pour les préparations mercurielles.

Ces faits nous feront connaître plus particulièrement les diverses conditions individuelles dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé, et le mode d'action de ce moyen thérapeutique. Nous les répartirons en deux séries : dans la première, nous rangerons quelques-uns de ceux où la maladie a cédé de prime-abord à l'emploi pur et simple de l'ipécacuanha; dans la seconde, au contraire, nous classerons les cas où cette affection, enrayée par les vomitifs, a nécessité cependant par la suite quelques autres moyens auxiliaires.

§ I.er *Fièvres puerpérales guéries par l'ipécacuanha seul.* — *Premier fait.* — Math....., âgée de 20 ans, d'une faible constitution et d'une santé chancelante, entra à la Maternité le 11 septembre 1829, et y accoucha heureusement, le lendemain même, de son second enfant.

Le 2.e jour des couches, elle eut plusieurs frissons et de vives douleurs abdominales; les lochies se supprimèrent. On fit une application de quarante sangsues, après laquelle on administra un bain.

L'écoulement de sang, quoique abondant, ne produisit point de soulagement. De nouveaux frissons et de nouvelles douleurs, plus vives encore que les premières, se firent sentir pendant la nuit. Le matin, à la visite, le ventre était sensible à la moindre pression, la peau chaude et sèche; la malade éprouvait des nausées, beaucoup de céphalalgie et une fièvre très-vive. M. Desormeaux fit administrer dix-huit grains d'ipécacuanha, et, dans le cas où ce moyen ne produirait point le résultat qu'on en attendait, il prescrivit une application de quarante sangsues pour le soir.

L'émétique détermina plusieurs vomissemens bilieux, qui furent suivis de nombreuses et abondantes évacuations alvines et d'une excessive transpiration. Un soulagement aussi prompt que complet suivit l'emploi de cette médication, et rendit inutile l'application de sangsues qui avait été prescrite le matin. Les douleurs disparurent en grande partie; le pouls revint à son état naturel, et la malade put goûter, pendant plusieurs heures, les charmes d'un doux et profond sommeil.

Le lendemain quatre, les lochies reparurent; le cinq, les seins se gonflèrent, et il ne resta plus qu'un peu de sensibilité à l'hypogastre, qui disparut les jours suivans à l'aide du repos et des bains.

Deuxième fait. — Eugénie Bus...., âgée de 30 ans, d'une forte constitution, éprouva, au deuxième jour de sa seconde couche, les premiers symptômes de la péritonite. La sage-femme en chef fit immédiatement appliquer quarante sangsues, qui tirèrent beaucoup de sang, et ne produisirent aucun soulagement. Le lendemain au matin,

on observait : vives douleurs abdominales, qu'augmentaient beaucoup les mouvemens et la pression; quelques nausées; langue nette; chaleur; anxiété; pouls fréquent, développé; les lochies étaient d'ailleurs presque entièrement suspendues. On administra aussitôt dix-huit grains d'ipécacuanha, qui déterminèrent des vomissemens et des selles. Le jour même, la malade éprouva un calme parfait; la nuit elle eut encore quelques douleurs, mais le lendemain elle n'en ressentit aucune; les seins ne tardèrent pas à se gonfler, et la guérison fut parfaite au 8.e jour.

Troisième fait. — Sophie Laroch...., âgée de 38 ans, journalière, d'une forte constitution, eut un accouchement laborieux qui fut terminé par *la version* de l'enfant. Le soir même elle ressentit des douleurs abdominales et des frissons; la nuit elle éprouva de l'agitation et une fièvre ardente. Le 2.e jour, elle avait l'abdomen météorisé, très-douloureux, surtout dans la région hypogastrique; la langue était sèche, enduite d'une légère couche jaunâtre: la peau brûlante, le pouls petit, serré et fréquent; le cours des lochies n'était point, du reste, sensiblement troublé. On administra aussitôt l'ipécacuanha: ce moyen ne détermina qu'un seul vomissement de matières muqueuses, mais il fut suivi d'évacuations alvines très-nombreuses, et d'une abondante transpiration.

La malade fut soulagée : la nuit même elle eut un sommeil doux et paisible; le lendemain elle ressentit encore quelques douleurs accompagnées de chaleur et d'une légère élévation du pouls. Le quatre, il survint un flux de ventre et des sueurs abondantes ; les seins se gonflèrent.

Le cinq, elle était dans l'état le plus satisfaisant, et ne tarda pas à sortir parfaitement guérie.

Quatrième fait. — Anm...., âgée de 31 ans, d'un

tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse, accoucha heureusement à la suite d'une grossesse pénible et laborieuse. Pendant les deux premiers jours elle eut quelques tranchées et quelques coliques; le trois, elle ressentit des frissons et de vives douleurs à l'épigastre; il s'y joignit de la fièvre, de la dyspnée, et une céphalalgie très-intense. La face était pâle, tiraillée; la peau sèche et brûlante; la langue jaunâtre; les lochies, qui d'abord avaient coulé en grande quantité, s'étaient entièrement supprimées. Elle prit dix-huit grains d'ipécacuanha, et vomit une grande quantité de matières bilieuses. Les douleurs abdominales cessèrent le jour même; la nuit elles se reproduisirent encore et troublèrent le sommeil.

Le quatre au matin, le ventre était souple et insensible, mais il y avait encore de la raideur et de la fréquence dans le pouls. On prescrivit un looch avec le kermès.

Le cinq, les lochies reparurent en blanc; le six, la malade était dans l'état le plus satisfaisant; elle ne tarda pas à sortir.

Cinquième fait. — Gail....., — âgée de 31 ans, bien portante, accoucha heureusement le 2 octobre 1829; le 3, elle éprouva quelques douleurs à l'hypogastre et un mouvement fébrile; le 5, le ventre se météorisa, et devint sensible à la plus légère pression; il se manifesta en même temps quelques nausées, de la céphalalgie et beaucoup de chaleur; les seins s'étaient d'ailleurs affaissés, et les lochies avaient en grande partie disparu.

M. Desormeaux prescrivit 18 grains d'ipécacuanha: la malade ne vomit qu'une fois, mais elle eut sept ou huit évacuations alvines très-abondantes et une transpiration prolongée. Le 5, elle ne ressentait plus de douleurs; toutefois le pouls conservait encore de la fréquence. Le 6, elle eut un accès fébrile accompagné de vomissemens; mais dans la journée il survint des évacuations alvines et

des sueurs abondantes qui furent suivies d'un grand soulagement. Le 7, il restait encore un peu de sensibilité dans une des fosses iliaques; du reste, le pouls était naturel, les lochies commençaient à reparaître, le lait revenait aux seins. La malade sortit de l'hôpital.

L'heureuse influence de l'ipécacuanha, dans les observations précédentes, est si évidente, si incontestable, que nous pourrions peut-être nous abstenir de toute réflexion à cet égard. Toutefois, il existe tant de préventions contre cette méthode, que nous n'épargnerons rien de ce qui peut contribuer à les dissiper.

Les auteurs qui ont contesté le succès de la médication qui nous occupe ont supposé que les maladies auxquelles on l'avait heureusement appliquée n'étaient point de véritables fièvres puerpérales; ils ont prétendu qu'on s'en était laissé imposer par des symptômes gastriques, quelques tranchées utérines, ou d'autres affections analogues de peu d'importance. Nous ignorons si une pareille méprise a pu se commettre; mais pour peu qu'on reporte un instant l'attention sur les faits précédens, on verra que cette fin de non-recevoir ne leur est point applicable. Les différens symptômes observés chez nos malades ne peuvent laisser aucune espèce de doute sur le caractère de la maladie : frissons prolongés; douleurs abdominales, quelquefois très-vives, s'exaspérant par les mouvemens, la pression; nausées, vomissemens, diminution ou suppression des lochies; affaissement des seins; joignez à cela divers accidens généraux, chaleur, céphalalgie, anxiété, fréquence et concentration du pouls. Ces symptômes offrent-ils quelque incertitude? la rapidité de leur marche, leur intensité chez quelques-unes de ces malades, n'annoncent-ils pas, au contraire, des affections graves?

Mais peut-être le succès doit-il être attribué à d'autres causes qu'à l'emploi de l'ipécacuanha? Examinons : dans

les deux premières observations, on a eu recours, dès le principe, aux applications de sangsues; mais, loin de s'amender sous l'influence de ces moyens thérapeutiques, les accidens ont acquis une nouvelle intensité. L'ipécacuanha a été administré à une époque plus avancée de la maladie et dans des circonstances moins favorables, et son emploi a été suivi d'une amélioration remarquable et rapide : l'honneur de la guérison appartient donc en propre à ce dernier moyen; si on le niait, il suffirait, d'ailleurs, d'invoquer les trois derniers faits, où on n'a pas employé d'autre médication.

Mais la nature n'aurait-elle pas pu se suffire à elle-même et triompher seule de la maladie? C'est une opinion que ne pourront admettre tous ceux qui connaissent la singulière gravité de l'affection qui nous occupe. D'ailleurs, dans nos observations, les accidens, loin de tendre à diminuer, allaient, au contraire, en s'aggravant de plus en plus; mais enfin, la guérison ne tient-elle pas à quelques circonstances particulières, à une certaine mollesse de la constitution, à la complication de l'embarras gastrique, comme l'ont prétendu certains auteurs, et en particulier M. Gasc? En aucune façon : ce n'est point en vertu de telle ou telle particularité individuelle, comme cela peut quelquefois arriver dans les fièvres puerpérales sporadiques, que M. Désormeaux a dû employer l'ipécacuanha; c'est en raison du génie épidémique, qui fait taire les individualités; aussi voit-on que le vomitif a été indistinctement administré à des femmes sanguines ou lymphatiques, nerveuses ou peu irritables, et qui ne présentaient, pour la plupart, aucun symptôme gastrique.

Maintenant, nous le demandons, que peuvent contre de telles observations tous les faits négatifs qu'on leur opposerait? que peuvent surtout les raisonnemens *à priori* qu'on accumulerait contre elles? Les premiers ne feraient

que confirmer cette vérité, aussi ancienne que la médecine, c'est que, parmi les maladies épidémiques surtout, les mêmes moyens thérapeutiques ne peuvent convenir à toutes les époques : *sunt alia aliorum annorum remedia.* Les seconds ne pourraient que se taire devant le langage non équivoque des faits.

Dans les observations précédentes, l'ipécacuanha a été employé sinon au début, au moins dans la première période de la maladie qui nous occupe. C'est ainsi que M. Desormeaux en a constamment agi : s'ensuit-il pour cela que ce moyen doive être regardé plutôt comme un préservatif que comme réellement curatif, suivant l'opinion de quelques médecins ; et en particulier de Fothergill (*London medical Journal ; vol. the third*) ? Assurément non; car il n'a été employé, comme on a pu le voir, qu'après le développement plein et entier de la maladie. J'ignore, du reste, si cette médication serait applicable à une période plus avancée, celle de suppuration, par exemple; toutefois l'idée que nous nous faisons du mode d'action de ce moyen nous semble plus en rapport avec l'opinion contraire. Nous aurions encore à passer en revue les différens effets de l'ipécacuanha, et à en tirer, s'il est possible, quelques données touchant la manière d'agir de cet agent thérapeutique ; mais, avant d'entrer dans l'examen de cette question, il nous reste à exposer quelques autres faits qui contribueront encore à l'éclairer.

§ II. *Fièvres puerpérales guéries par l'emploi de l'ipécacuanha et de quelques autres moyens secondaires.*

Sixième fait. — Lavois..., âgée de 29 ans, d'un tempérament lymphatique, habituellement bien portante, éprouva, le lendemain d'une couche heureuse, les premières atteintes d'une métro-péritonite très-intense. La nuit, les douleurs furent si vives qu'elles ôtèrent tout sommeil. Le

matin, à la visite, elles avaient acquis une nouvelle intensité, et se faisaient sentir dans toute l'étendue de l'abdomen, mais principalement dans la région hypogastrique; les mouvemens, la plus légère pression les exaspéraient beaucoup. La face était pâle et grippée, la langue blanchâtre, la chaleur âcre, le pouls serré et fréquent; les lochies, d'ailleurs, n'avaient point encore subi de diminution notable. M. Desormeaux fit administrer dix-huit grains d'ipécacuanha, qui produisirent huit ou dix vomissemens de matières bilieuses et de nombreuses et abondantes évacuations alvines. Dans la soirée, la malade éprouva un grand calme et une transpiration prolongée; la nuit elle dormit paisiblement. Le 4, elle avait le ventre tout-à-fait insensible et le pouls naturel; les seins commencèrent à se gonfler. Le 6, il se manifesta dans la région hypogastrique de nouvelles douleurs, accompagnées de quelques frissons et de fièvre : on prescrivit une application de quarante sangsues, un bain et une potion laxative. Ces moyens furent suivis d'un soulagement complet. Le lendemain, il ne restait plus qu'un peu de sensibilité à l'hypogastre, qui persista jusqu'au 9.e jour, où la malade sortit en bon état.

Septième fait. — Chante...., âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, eut une grossesse très-pénible, qui s'accompagna, sur la fin, d'une infiltration générale.

Heureusement accouchée le 26 septembre 1829, elle n'éprouva d'abord rien de remarquable; mais le 4.e jour, au soir, elle ressentit des frissons et de vives douleurs abdominales; la nuit même, les seins s'affaissèrent et les lochies se supprimèrent complètement. Le 5, au matin, on observait : abdomen météorisé, sensible à la plus légère pression; vomiturițions; face pâle, grippée, couverte de sueur; air de faiblesse et d'affaissement; vive anxiété; chaleur âcre; petitesse et concentration du pouls.

A ces graves accidens on opposa l'ipécacuanha; le succès dépassa toute espérance; la malade éprouva quelques vomissemens bilieux et une transpiration prolongée, qui fut suivie d'un soulagement signalé : la nuit elle goûta un sommeil paisible. Le 6, au matin, la physionomie avait repris son expression naturelle, le ventre était souple et insensible, les lochies commençaient à reparaître. L'amélioration continua les jours suivans; mais le 10, il se manifesta quelques frissons et une nouvelle douleur dans la fosse iliaque gauche : on prescrit vingt-cinq sangsues, qui produisirent du soulagement, mais qui n'enlevèrent point entièrement le mal; il restait une douleur et un empâtement profond, qui ne se dissipèrent qu'au bout de cinq ou six jours par l'emploi de l'onguent mercuriel en frictions, à la dose de deux gros toutes les vingt-quatre heures.

Le succès de l'ipécacuanha, dans les deux observations précédentes, est encore plus remarquable, s'il est possible, que dans les premières. Le caractère de ces affections offre, en effet, une gravité qu'on ne retrouve point au même degré dans les autres : chez notre dernière malade surtout, les symptômes étaient portés au plus haut point d'intensité; déjà même la pâleur de la face, l'affaissement général, la petitesse et la concentration du pouls semblaient annoncer un commencement de suppuration, et cependant l'action de l'ipécacuanha a changé en quelques heures cette scène de douleur en un calme parfait. Ce fait, nous l'avouerons, nous apparut alors, et nous apparaît encore comme un des plus beaux exemples que nous ayons observés de la puissance de nos moyens thérapeutiques, et nous aurions éprouvé quelque plaisir à l'opposer alors aux ignorantes ou vaniteuses prétentions de ceux qui contestent encore la puissance de la médecine.

Chez nos deux malades il s'est manifesté, il est vrai, de nouvelles douleurs quelques jours après l'administration de l'ipécacuanha; mais ce retour des accidens ne diminue en rien l'heureuse influence du moyen qui nous occupe, peut-être même la confirme-t-il encore, à y regarder de près; car plus la maladie a de tendance à se reproduire, plus on doit supposer qu'elle avait de force à son début. D'ailleurs, il nous semble assez naturel de penser que cette récrudescence tenait à quelque point de suppuration ou quelque induration. Les douleurs, en effet, étaient limitées et circonscrites; elles s'accompagnaient, chez la dernière malade, d'un empâtement profond, circonstances qui nous semblent confirmer cette opinion.

S'ensuit-il que le vomitif n'ait pas pu empêcher la suppuration? Non, sans doute; il faut en conclure, au contraire, qu'il en a arrêté les progrès ultérieurs quand déjà elle avait commencé à se former.

Dans les diverses observations que nous avons exposées précédemment, nous avons vu les douleurs disparaître rapidement par la seule action de l'ipécacuanha; mais il arrivait quelquefois qu'elles persistaient encore le soir, quoiqu'à un moindre degré, et alors on avait recours à une application de sangsues qui achevait d'en triompher. Tel est le cas des observations qui vont suivre.

Huitième fait. — Dudo....., âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, fut prise, à la suite d'un accouchement laborieux, d'une perte abondante qu'on arrêta par les injections froides et le tamponnement. Le premier jour, tout se passa bien; mais le deuxième, frissons prolongés, suivis de vives douleurs à l'hypogastre; la nuit, nausées, insomnie, fièvre ardente. Le trois, vive sensibilité de tout l'abdomen, léger météorisme, dyspnée, céphalalgie, suppression des lochies. M. Desormeaux fit immédiatement administrer dix-huit grains d'ipécacuanha,

qui produisirent deux ou trois vomissemens et une transpiration abondante. Ce moyen fut suivi d'un grand soulagement. Toutefois, comme la malade ressentait encore quelques douleurs dans la soirée, on appliqua quarante sangsues, qui achevèrent de les dissiper. Le quatre, le ventre était souple et très-légèrement douloureux dans la région hypogastrique; les lochies reparurent. Le cinq, pouls naturel, insensibilité de l'abdomen, transpiration; calme parfait. Le six, sortie.

Neuvième fait. — Rébo..., domestique, âgée de vingt-deux ans, d'une forte constitution, heureusement accouchée le 20 octobre, éprouva, le jour même, les atteintes d'une métro-péritonite intense; les douleurs, généralement étendues à toute la partie inférieure de l'abdomen, étaient surtout très-vives dans la fosse iliaque gauche; il s'y joignait, du reste, quelques vomituritions, de l'anxiété, de la dyspnée, une fièvre intense et une suppression presque complète des lochies. On administra l'ipécacuanha : ce moyen produisit deux vomissemens et une transpiration abondante, qui soulagèrent beaucoup la malade. Quarante sangsues appliquées le soir achevèrent d'enlever les douleurs. La nuit, la malade eut un sommeil tranquille: les lochies reparurent et les seins se gonflèrent : toutefois il resta dans la fosse iliaque gauche une douleur fixe et profonde, qui nécessita une application de vingt sangsues, et qui ne céda qu'au neuvième jour, à l'emploi des frictions mercurielles à petite dose (2 gros chaque jour.)

Dixième fait. — Mass...., âgée de vingt-deux ans, d'une faible constitution, accoucha naturellement le 8 octobre. Le 9, elle ressentit quelques douleurs abdominales et des frissons. Le 10, elle eut une fièvre très-intense, avec vive sensibilité de l'abdomen; affaissement des seins et suppression des lochies. Elle prit l'ipécacuanha, vomit

une grande quantité de matière bilieuse, et se sentit très-soulagée. Le soir, elle se plaignit encore de douleurs abdominales, qui nécessitèrent une application de quarante sangsues. Le 11, elle était sans fièvre; toutefois il y avait encore dans la fosse iliaque un reste de sensibilité, que l'on crut devoir combattre par une nouvelle saignée locale (vingt-cinq sangsues). Les jours suivans, elle eut de la diarrhée et des sueurs abondantes; les seins se gonflèrent, les lochies reparurent, et la guérison fut complète au huitième jour.

Onzième fait. — Lori...., âgée de vingt ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse, éprouva, au cinquième jour de la couche, les premiers symptômes de la fièvre puerpérale. Le six, elle avait des douleurs vives dans la partie inférieure de l'abdomen, et particulièrement dans la fosse iliaque gauche, où la moindre pression devenait intolérable. Elle prit l'ipécacuanha, et vomit une énorme quantité de matières bilieuses; il s'en suivit un soulagement prompt. Le soir, elle était sans fièvre; mais comme il existait encore de la douleur dans la fossse iliaque, on appliqua dans ce point quarante sangsues, qui tirèrent beaucoup de sang. Le sept, l'abdomen conservait encore un reste de sensibilité, qui acheva de disparaître les jours suivans. La malade sortit en bon état.

Dans les quatre dernières observations que nous venons de rapporter, l'emploi de l'ipécacuanha a été suivi d'une ou deux applications de sangsues. Le problème est donc un peu plus complexe que dans les premiers faits. Ici, en effet, il nous faut peser la double influence du vomitif et de la saignée, démêler quelle part chacun de ces moyens peut revendiquer dans le succès. Toutefois, avec un peu d'attention et de bonne foi, nous pensons qu'il ne sera pas difficile de reconnaître que la plus grande partie en revient de plein droit au vomitif.

Dans tous les faits précédens, l'influence de ce moyen thérapeutique a constamment fait tomber la fièvre et les accidens généraux; et si elle n'a point suffi pour enlever entièrement les douleurs, au moins les a-t-elle considérablement diminuées, et si bien bornées et circonscrites, qu'elle en a fait une affection tout-à-fait locale. Les sangsues n'ont donc été employées que comme moyen auxiliaire, et seulement pour faire disparaître un reste de douleur qui, peut-être, se serait dissipé de lui-même, mais qui pouvait aussi devenir le principe de nouveaux accidens. Si maintenant, embrassant d'un seul coup-d'œil tous les faits rapportés dans ce chapitre, nous cherchons à apprécier les effets du vomitif dans la maladie qui nous occupe, nous voyons que son action s'exerçait principalement sur trois organes, l'estomac, l'intestin et la peau, où elle se résolvait en vomissemens, en selles et en sueurs. Ces divers actes secondaires ne se manifestaient point à la fois et au même degré chez toutes nos malades, souvent ils se suppléaient mutuellement; en sorte qu'avec des vomissemens rares existaient des évacuations alvines ou des sueurs abondantes, et *vice versâ*. L'amélioration suivait de près ces diverses évacuations; rarement elle se faisait attendre au-delà de quelques heures, d'une journée; et si, ce temps écoulé, on n'obtenait aucun bon résultat, il fallait désespérer du succès, et se hâter de recourir à une autre médication.

Les heureux effets de l'ipécacuanha peuvent-ils être attribués aux divers mouvemens organiques dont nous venons de parler? Nous serions tentés de le croire: telle est, en effet, l'admirable unité de l'économie vivante, que l'activité ne peut être augmentée dans un point sans diminuer dans les autres; cela est surtout vrai des diverses membranes dermoïde, muqueuses, séreuses, dont les actions se font mutuellement équilibre, se pondèrent et

se régularisent l'une par l'autre. Peut-on penser, d'après cela, que quelques-unes d'entre elles puissent devenir le théâtre de diversions aussi puissantes sans que les autres en soient affectées? N'est-il pas, au contraire, conforme aux lois d'une saine physiologie, d'admettre que l'apparition brusque d'actes organiques si importans est merveilleusement propre à neutraliser, surtout à son principe, cet autre acte morbide que nous appelons *inflammation*.

Il y a d'ailleurs dans le fait complexe du vomissement autre chose encore à voir que ces divers phénomènes : il faut tenir compte du trouble que cette médication apporte dans la circulation abdominale, de l'afflux de sang qu'elle détermine vers l'estomac et ses annexes, la rate, le foie, le pancréas, et du dégorgement rapide qui en résulte nécessairement pour l'utérus et la portion hypogastrique du péritoine. Ces différentes explications sont-elles suffisantes pour rendre compte de l'action de l'ipécacuanha dans la fièvre puerpérale? Nous ne voulons point le prétendre, nous ne les exposons ici que comme des données qui ne nous paraissent pas sans quelque valeur; qu'on les adopte ou qu'on les rejette, nous nous en inquiétons peu; les faits restent, et c'est ce qui nous importe.

Nous avons exposé les trois grandes méthodes de traitement que nous avons vu employer par M. Desormeaux, les saignées locales et générales, les préparations mercurielles et les vomitifs. Nous avons maintenant à passer en revue certains moyens d'une utilité secondaire, mais incontestable. Toutefois, comme les effets en sont généralement bien connus, nous le ferons aussi succinctement que possible.

Les boissons émollientes, les cataplasmes, les bains, les laxatifs huileux étaient généralement employés dans la période d'inflammation, conjointement avec les évacua-

tions sanguines, locales ou générales, au succès desquelles elles contribuaient singulièrement.

Les boissons consistaient ordinairement dans une légère solution de gomme ou de fleurs de mauve édulcorée avec le sirop de sucre; leur quantité variait de un à deux litres, quelquefois davantage. On les faisait prendre tièdes, par petites fractions, précaution indispensable pour éviter le vomissement, qu'autrement elles réveillaient inévitablement.

Les cataplasmes se composaient avec la farine de graine de lin; on avait soin de les faire minces et de les remplacer souvent; loin de fatiguer les malades par leurs poids, ils produisaient toujours du soulagement; et quelque douloureux que fût l'abdomen, nous n'avons jamais vu aucune femme s'en plaindre.

Les bains étaient entiers ou partiels. Les bains entiers ne convenaient que lorsque la peau était sèche, la chaleur âcre, les douleurs médiocres, les forces encore bien conservées : dans ce cas, ils étaient toujours accompagnés d'un bien-être remarquable, et souvent suivis d'une douce transpiration et de quelques instans d'un sommeil tranquille. On devait, au contraire, s'abstenir de ce moyen, lorsqu'à des douleurs excessives, à une grande anxiété, se joignaient des sueurs partielles ou générales, des évacuations alvines abondantes, que les forces étaient très-abattues, la respiration précipitée, anxieuse, la face rouge, animée, la céphalalgie très-intense; les malades avaient alors peine à les supporter, et elles n'en retireraient aucun fruit. La température du bain variait de 28 à 30 degrés; sa durée n'était point fixe, elle se prolongeait aussi long-temps que les malades s'en trouvaient bien. Il est à peine utile d'ajouter qu'on plaçait les baignoires à côté des lits et qu'on prenait toutes les précautions possibles pour éviter le refroidissement.

Le bain de siége était d'un usage plus général que le précédent : on l'administrait avec plus de facilité, et les malades le supportaient d'ailleurs généralement beaucoup mieux; aussi était-il employé à-peu-près indistinctement dans toutes les périodes de la maladie, tant comme sédatif, que comme moyen propre à remplir certaines indications spéciales, entretenir l'écoulement du sang à la suite des applications de sangsues, humecter et lubrifier les parties extérieures de la génération, le vagin; nettoyer les tégumens de l'abdomen salis par les frictions, etc.

Aux bains de siége on joignait ordinairement des injections d'eau d'orge, que l'on portait profondément jusques dans la cavité utérine, à l'aide d'une canule en gomme élastique percée en forme d'arrosoir. Ces injections étaient répétées quatre ou cinq fois chaque jour; elles agissaient sur l'utérus comme moyen adoucissant, et elles avaient surtout l'avantage d'entraîner avec elles les matières putrides qui stagnent presque toujours, dans ce cas, à la surface de cet organe.

Sous ce dernier point de vue, ces injections sont de la plus haute importance. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler cette observation si connue de Peccolin, déjà rapportée dans le Mémoire de M. Dance. On sait quels accidens suivirent, dans ce cas, la putréfaction d'un placenta abandonné dans l'utérus, et quel heureux succès couronna l'emploi des injections. On trouve dans d'autres ouvrages, et en particulier dans celui du docteur Amar, des faits de cette nature. Il est vraisemblable d'admettre que, dans ces cas, les matières putrides en contact avec l'utérus sont prises par les vaisseaux de cet organe, portées dans le torrent de la circulation, et qu'elles déterminent alors les mêmes accidens que nous avons observés à la suite de l'absorption du pus. Le fait suivant nous paraît bien propre à confirmer cette hypothèse.

Marie Ambl....... fut prise, dans le courant d'octobre, d'une métro-péritonite intense. Au bout de quelques jours, les symptômes inflammatoires firent place à divers accidens typhoïdes, et la malade succomba.

Autopsie. — La surface interne de l'utérus était couverte d'une matière brune demi-fluide et d'une extrême fétidité, que l'on retrouvait en nature dans presque toutes les divisions des veines ovariques et hypogastriques; le péritoine offrait, du reste, tous les caractères d'une inflammation très vive.

Ce fait n'a pas besoin de longs commentaires. On ne peut, en effet, admettre que la matière putride contenue dans les veines y ait pénétré après la mort : comment, en effet, s'y serait-elle introduite? Par l'effet de sa pesanteur? Mais elle existait dans la partie la plus déclive, comme dans la plus élevée. Par suite de la capillarité? Mais les vaisseaux étaient trop largement béants pour qu'on puisse admettre une telle action; elle avait donc été absorbée pendant la vie.

Toutes les fois qu'il existait de la constipation, les laxatifs et les lavemens étaient employés avec beaucoup de succès. L'huile de ricin combinée avec l'huile d'amandes douces et le sirop, le calomélas uni à une certaine quantité d'opium, étaient les moyens le plus généralement mis en usage par M. Desormeaux : ils déterminaient ordinairement une diarrhée médiocre, qui était souvent accompagnée d'un soulagement manifeste. Toutefois, il nous semble que l'heureuse influence de ce moyen a été exagérée, et nous doutons fort qu'à lui seul il puisse jamais, comme on l'a prétendu, triompher d'une métro-péritonite tant soit peu grave; il faut d'ailleurs ajouter, comme nous avons déjà pu le voir, que, dans un grand nombre de cas, la diarrhée s'établit spontanément, qu'elle dépasse même souvent toute mesure, et il faut

alors bien plutôt songer à la modérer qu'à la provoquer.

L'opium ou l'extrait de jusquiame en lavemens, et plus souvent en pilules, était ordinairement employé pour remplir cette dernière indication; on en obtenait encore un autre avantage, celui de calmer les douleurs, qui devenaient quelquefois intolérables, et de rendre le système nerveux moins sensible à leur vive impression. Sous ce rapport, ce moyen rendait de grands services; mais il y a loin de là au rôle brillant que quelques médecins ont voulu lui faire jouer.

Restent deux moyens dont les avantages ont été fortement contestés dans ces derniers temps, mais qui n'en trouvaient pas moins dans quelques cas une juste et utile application : le quinquina et les vésicatoires. Le quinquina était fréquemment mis en usage par les anciens dans la maladie qui nous occupe : citer tous les médecins qui en ont préconisé l'emploi, serait nommer presque tous ceux qui se sont occupés de la fièvre puerpérale; il nous suffira d'indiquer les noms de White, Doublet, de la Roche, Leake, etc. Mais, loin d'employer indistinctement ce moyen, ces habiles praticiens ne l'appliquaient qu'aux fièvres puerpérales typhoïdes : c'est également dans ces cas que M. Desormeaux y avait recours, non pas cependant en toutes circonstances; aussi est-il nécessaire de bien préciser les occasions favorables à son emploi. Lorsqu'on voyait survenir, à la suite de la métrite, les divers accidens qui caractérisent l'absorption du pus, et qu'en même temps disparaissaient les symptômes locaux; lorsqu'il existait de l'affaissement, de la stupeur; qu'il se formait des escarrhes au sacrum, aux parties génitales, sans chaleur, sans vive réaction fébrile, les préparations de quinquina étaient incontestablement suivies de bons effets, comme le prouvent les observations XI et XII de ce travail; sous leur influence, on voyait quelquefois la

physionomie recouvrer promptement son expression naturelle, le pouls se régulariser, la diarrhée se suspendre, les forces renaître. Le quinquina était encore bien placé dans ces convalescences longues et pénibles qui suivaient quelquefois l'emploi des mercuriaux, et dans lesquelles l'économie se débattait péniblement sous le poids de l'infection purulente ou mercurielle. Ce moyen soutenait alors les forces, et facilitait le développement des diverses crises capables de la débarrasser. Enfin, dans les cas graves, où l'économie était profondément abattue, où l'enchaînement et l'oppression des fonctions menaçaient la vie d'un anéantissement prochain, le quinquina, administré à propos, relevait quelquefois les diverses actions organiques; mais nul moyen n'était plus propre à remplir cette dernière indication que les vésicatoires : appliqués aux jambes ou aux cuisses, dans les circonstances fâcheuses que nous venons d'indiquer, ils ranimaient souvent l'action vitale prête à s'éteindre, et donnaient ainsi le temps d'agir aux autres médications. C'est ainsi que, dans quelques-unes des observations précédentes, ils ont assuré le succès des frictions mercurielles, qui, sans elles, auraient inévitablement échoué. On conçoit assez *à priori* que cette action stimulante du vésicatoire, qui le rend précieux dans le cas qui nous occupe, doit précisément le faire rejeter dans ceux où il existe une réaction tant soit peu vive; aussi faut-il peu s'étonner qu'il ait été repoussé par un si grand nombre de médecins, qui ne l'ont sans doute considéré que sous ce dernier point de vue. A cette action générale, ce moyen en joint d'ailleurs une autre toute locale et de dérivation, qui n'est pas sans importance, et qui est trop bien établie pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Quant aux vésicatoires sur l'abdomen, nous ne les avons jamais vu employer, mais ce que nous venons de dire

suffit *à priori* pour faire rejeter absolument ce moyen, alors même que l'expérience n'en aurait pas déjà constaté les fâcheux effets. Telles sont les différentes médications secondaires que M. Désormeaux combinait diversement et suivant les indications, avec les trois grandes méthodes de traitement indiquées précédemment. Pour donner maintenant une idée plus générale de ces méthodes, nous croyons devoir exposer ici, en forme de tableau synoptique, le résumé du traitement d'un certain nombre de fièvres puerpérales suivies de guérison ou terminées par la mort; mais au lieu d'offrir ces relevés en masse, nous les présenterons mois par mois, afin de faire sentir les différences qui existent d'une époque à l'autre.

Résumé du traitement employé dans 109 *cas de fièvres puerpérales, prises parmi les plus graves, et suivies de guérison.*

MOIS DE JUILLET.

Malades guéries.

§. I.er Par les sangsues. 24

Employées 10 fois au nombre de.......			40
	3 *id*.............	de.......	50
	2 *id*.............	de.......	70
	5 *id*.............	de.......	80
	2 *id*.............	de.......	110

Précédées 3 fois de la saignée générale.
Secondées 1 fois par les vésicatoires aux cuisses.

§. II. Par l'onguent mercuriel en frictions... 4

Employé 1 fois à la dose de.............			2 onces.
	2 *id*.........	de.............	6
	1 *id*.........	de.............	12

Secondé 3 fois par le calomélas.
Précédé 4 fois par les sangsues.
Savoir : 1 fois de........................ 90 sangs.
id. — de........................ 140
id. — de........................ 150
id. — de........................ 200

§. III. Par l'ipécacuanha. 1
Suivi de l'emploi de.......... 40 sangsues.
Total 29 guérisons.

MOIS D'AOUT.

Malades guéries.

§. I.er Par les sangsues. 16
Employées 4 fois au nombre de.......... 40
2 *id*............ de.......... 60
4 *id*............ de.......... 80
1 *id*............ de.......... 90
2 *id*............ de.......... 120
2 *id*............ de.......... 140
1 *id*............ de.......... 150
Total 16.
Précédées 3 fois de la saignée générale.
Savoir : 2 fois 1, 1 fois 3.
Suivies 2 fois des vésicatoires aux cuisses.

§. II. Par l'onguent mercuriel 5
Employé 1 fois à la dose de............. 7 onces.
3 — à la dose de............. 8
1 — à la dose de............. 9
Précédé 5 fois par les sangsues.
Savoir : 1 fois de........................ 80 sangs.
id. — de........................ 90
id. — de........................ 115
2 — de........................ 150
1 — de........................ 200
Secondé 1 fois par le calomélas.
2 — par les vésicatoires.

§. III. Par l'ipécacuanha 0
Total 21 guérisons.

MOIS DE SEPTEMBRE.

Malades guéries.

§. I.er Par les sangsues 6

Employées 2 fois au nombre de.......... 40
1 *id*............de.......... 50
2 *id*............de.......... 80
1 *id*............de.......... 100
Total 6.

Précédées 4 fois de la saignée générale.
Savoir : 3 fois 1, 1 fois 2, 1 fois 3.

§. II. Par l'onguent mercuriel. 0

§. III. Par l'ipécacuanha. 16

Employé 7 fois seul.
Secondé 1 fois par l'onguent à petites doses.
8 fois par les sangsues.
Savoir : 4 fois de.................... 40 sangs.
1 — de.................... 50
3 — de.................... 80
2 — de.................... 75
Total 22 guérisons.

MOIS D'OCTOBRE.

Malades guéries.

§. I.er Par les sangsues. 3

Employées 2 fois au nombre de.......... 40
1..............de.......... 10

§. II. Par l'onguent mercuriel. 4

Employé 2 fois à la dose de............ 4 onces.
2 — à la dose de............ 10
Précédé 3 fois de l'ipécacuanha.
4 fois des sangsues.
Savoir : 1 fois de.................... 60 sangs.
id. — de.................... 70
id. — de.................... 140
id. — de.................... 100

§. III. Par l'ipécacuanha. 12

Employé 6 fois seul.

Secondé 1 fois par les frictions à petites doses.

5 fois par les sangsues.

Savoir : 2 fois de. 40

1 — de. 60

id. — de. 75

id. — de. 80

Total 19 guérisons.

MOIS DE NOVEMBRE.

Malades guéries.

§. I.er Par les sangsues. 12

Employées 3 fois au nombre de. 40

3 *id*. . . . . de. 50

2 *id*. . . . . de. 70

2 *id*. . . . . de. 80

1 *id*. . . . . de. 90

1 *id*. . . . . de. 120

§. II. Par la saignée générale seule. 3

Savoir : 2 fois 2 saignées ; 1 fois 1 saignée.

§. III. Par l'onguent mercuriel 1

Employé à la dose de 10 onces.

Secondé par le calomélas.

Précédé de 100 sangsues.

§. IV. Par l'ipécacuanha. 3

Employé 1 fois seul.

Suivi 2 fois de 40 sangsues.

Total 18 guérisons.

Résumé du traitement employé dans 56 cas de fièvres puerpérales terminées par la mort.

MOIS DE JUILLET.

Malades traitées.

§. I.er Par les sangsues. . . . . 3 fois.

Employées 2 fois au nombre de. 80

1 *id*. . . . . de. 100

Précédées 1 fois de la saignée générale.

§. II. Par l'onguent mercuriel . . . . 7 fois.

Employé 3 fois à la dose de............. 4 onces.
2 *id*.......... de.............. 6
1 *id*.......... de.............. 9
1 *id*.......... de.............. 15

Secondé 3 fois par les vésicatoires aux membres inférieurs.
Précédé 2 fois de la saignée générale.
5 fois des sangsues.

Savoir : 1 fois de........................ 40 sangs.
3 — de........................ 80
1 — de........................ 230

§. III. Par l'ipécacuanha 0

Total 10 insuccès.

MOIS D'AOUT.

Malades traitées.

§. I.er Par les sangsues. 6

Employées 1 fois au nombre de........... 40
1 *id*............ de.......... 70
1 *id*............ de.......... 125
1 *id*............ de.......... 150
1 *id*............ de.......... 160
1 *id*............ de.......... 200

Secondées 2 fois par les vésicatoires aux membres inférieurs.

§. II. Par la saignée générale. 5

Savoir : 1 fois.......................... 3 saign.
2 *id*.......................... 2

Secondées 2 fois par les sangsues.

Savoir : 1 fois.......................... 75
2 *id*.......................... 80

§. III. Par l'onguent mercuriel. 7

Employé 4 fois à la dose de............. 4 onces.
1 *id*.......... de.............. 4
1 *id*.......... de.............. 5
1 *id*.......... de.............. 6
1 *id*.......... de.............. 9

Secondé 2 fois par les vésicatoires aux membres inférieurs.
3 fois par le calomélas.
Précédé 7 fois des sangsues.
Savoir : 1 fois de........................ 60 sangs.
2 — de........................ 80
2 — de........................ 100
1 — de........................ 110
1 — de........................ 120
1 fois de la saignée générale.
1 fois des vomitifs.
Total 16 insuccès.

MOIS DE SEPTEMBRE.

Malades traitées.

§. Ier Par les sangsues 4
Savoir : 1 fois au nombre de............ 70
2 *id*............ de............ 80
1 *id*. .... de............ 110
Secondées 1 fois par les vésicatoires aux jambes.

§. II. Par l'onguent mercuriel. .... 6 fois.
Employé 2 fois à la dose de .... 4 onces.
1 *id*.......... de 6
1 *id*.......... de 8
1 *id*.......... de 12
2 *id*.......... de 15
Secondé 2 fois par le calomélas.
2 fois par les vésicatoires.
Précédé 6 fois des sangsues.
Savoir : 1 fois de..................... 50 sangs.
3 — de..................... 80
1 — de..................... 110
1 — de..................... 180

§. III. Par l'ipécacuanha .... 2 fois.
Secondé 1 fois de 40 sangsues.
1 fois de vésicatoires.
Total 12 insuccès.

MOIS D'OCTOBRE.

Malades traitées.

§. I.er Par l'onguent mercuriel. 8

Employé 3 fois à la dose de		4 onces.
1 *id.*	de	6
1 *id.*	de	7
1 *id.*	de	8
1 *id.*	de	9
1 *id.*	de	12

Secondé 2 fois par le calomélas.
3 fois par les vésicatoires.
Précédé 5 fois de l'ipécacuanha.
7 fois des sangsues.

Savoir : 4 fois de		40 sangs.
1 —	de	80
1 —	de	140
1 —	de	150

§. II. Par l'ipécacuanha. 6
Suivi 6 fois des sangsues, 2 fois des frictions.

§. III. Par la saignée générale. 1
Suivie de 60 sangsues.

MOIS DE NOVEMBRE.

Malades traitées.

§. I.er Par l'onguent mercuriel 1
A la dose de. . . . . 4 onces.
Précédé de la saignée et suivi des vésicatoires.

MOIS DE DÉCEMBRE.

Malades traitées.

§. I.er Par les sangsues. 2
Savoir : 1 fois au nombre de . . . . 50 sangs.
1 — au nombre de 120
Total 18 insuccès.

Tableau des différentes formes de fièvres puerpérales précédemment décrites.

En résumant les tableaux précédens, nous trouvons que sur 165 cas de fièvres puerpérales, l'emploi des saignées générales compte. . . . . . 63 succès.
Celui de l'ipécacuanha. 32
Des frictions mercurielles. . . . 14

Le premier moyen au contraire compte 19 insuccès.
Le second. 8
Le troisième. 29

Si on considère chaque méthode en elle-même, il suit que les guérisons sont aux revers :
Savoir, pour la saignée : : 63 : 19.
pour le vomitif : : 32 : 8.
pour le mercure : : 14 : 29.

Si maintenant on envisage ces méthodes dans leurs rapports mutuels, il résulte que le succès de la saignée est à celui des vomitifs et des frictions : : 63 : 32 : 14
l'insuccès au contraire. . . . . : : 19 : 8 : 29.

Nous voyons d'après cela que les émissions sanguines et les vomitifs comptent beaucoup plus de guérisons que les mercuriaux et en même temps beaucoup moins de revers; d'où il suivrait que les premiers moyens l'emportent de beaucoup sur le troisième, et que celui-ci doit être sacrifié à ceux-là; et cependant ces conséquences qui découlent rigoureusement de l'appréciation naturelle des faits ne sont point légitimes, circonstance qui pour le dire en passant prouve assez combien il serait faux de vouloir réduire à des simples chiffres les diverses questions de thérapeutique.

La saignée et les vomitifs étaient en effet constamment employés dans le début de la maladie, partant au moment

où il est le plus facile d'en triompher et où nous sommes le moins surs de la nécessité de notre intervention.

Les frictions mercurielles au contraire n'étaient mises en usage que dans la seconde période, c'est-à dire à une époque où les évacuations sanguines avaient échoué, où la maladie était devenue plus grave, le danger plus prochain, et où par conséquent on ne pouvait plus contester, ni la nécessité d'une action médicamenteuse, énergique, ni l'heureuse influence du traitement.

Aussi les tableaux précédens sont-ils loin d'être défavorables à l'emploi des frictions, comme on pourrait le croire au premier abord. Les conditions dans lesquelles ont été employés les moyens qui nous occupent n'étant pas les mêmes, il faut bien aussi que les effets diffèrent, et il est assez naturel que la médication mise en usage dans les circonstances les plus défavorables, soit aussi le plus souvent suivie de revers.

Notre intention n'est point de tirer des tableaux précédens toutes les conséquences qui pourraient en dériver; toutefois nous ne finirons point sans remarquer :

1.° Que les guérisons sont bien plus nombreuses dans la première période que dans la seconde; qu'ainsi le point essentiel est d'attaquer la maladie à son principe.

2.° Que le caractère de cette affection est mobile, non pas seulement suivant les années, mais même suivant les mois; ensorte qu'en juillet et novembre elle cède plus particulièrement aux émissions sanguines; en août, aux mercuriaux; en septembre et octobre, aux vomitifs.

3.° Que la saignée générale est d'une application beaucoup plus rare que la saignée locale.

4.° Que cette maladie, fréquente et grave dans les mois d'été, est plus rare et plus bénigne dans ceux d'hiver, etc., etc., etc.

Mais ces conséquences seront plutôt saisies que nous ne pourrions les indiquer : aussi nous terminons.

De l'état du foie dans plusieurs cas d'ictère; par M. Corbin, *D. M. P., chef de clinique à l'hôpital de la Charité.*

L'ictère est une des maladies les plus communes et les plus obscures; on doute même si elle a son siège dans le foie, comme on l'avait pensé si long-temps, et l'année dernière la Faculté a cru devoir mettre au concours cette question : savoir, si l'ictère dépend toujours d'une lésion de l'appareil biliaire (1). Si cette question doit être éclaircie, et si l'on doit jamais connaître les conditions anatomiques qui donnent lieu à l'ictère, ce ne sera que lorsqu'on aura réuni une certaine masse de faits, et surtout lorsque sur un grand nombre de cadavres d'ictériques, on aura examiné attentivement le foie et ses annexes. C'est à cela, ce me semble, qu'on doit se borner maintenant, sans se livrer encore à des conjectures prématurées.

Sur 1800 malades dont j'ai recueilli l'histoire dans les salles de médecine, depuis le 1.er janvier 1828 jusqu'au 1.er avril 1830, il s'est trouvé 22 ictères. Je ne comprends dans ce nombre que les cas où la coloration était bien tranchée, où la conjonctive, pour donner quelque chose de fixe, était notablement jaune; en un mot, les cas que tout médecin, avec les notions les plus communes, aurait caractérisés d'ictère. J'ai exclu ceux où il n'y avait qu'une légère teinte jaune, comme à la suite de la colique de plomb, par exemple, dans quelques fièvres intermittentes, et dans ces affections qu'on a désignées sous le nom de *gastro-hépatites chroniques.*

(1) Dalmas, *Comp. ad aggreg.* 1829.

Sur ces 22 malades, il y avait 12 hommes et 10 femmes; 17 sujets jeunes ou adultes, de 20 à 60; 5 vieillards, de 60 à 80. 15 ont guéri, 7 sont morts; quelques-uns à la suite de complications plus ou moins graves, plusieurs sans avoir présenté d'autre phénomène morbide que l'ictère.

Voici maintenant ce qu'a présenté l'inspection du foie et des voies biliaires dans ces différens cas. Je me borne à énoncer les résultats en abrégé, à l'exception de deux faits qui m'ont paru mériter plus de détails.

Obs. Iʳᵉ. — Un jeune homme de 22 ans mourut le 23 août 1828, au N.° 30 de la salle Saint-Joseph de l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une variole développée peu de temps après un ictère fort intense : la peau sur le cadavre conservait encore une teinte jaune dans l'intervalle des pustules. On trouva de la sérosité plus que citrine dans le péritoine; le foie ratatiné, d'une couleur qui parut plus jaune que de coutume, entremêlé de *granulations brunes*, que je regrette de n'avoir pas mieux caractérisées dans mes notes; les conduits biliaires parfaitement libres.

Obs. IIᵉ. — Un vieillard de 64 ans, entré pour un ictère dans les salles de M. Chomel, le 15 février 1830, et mort d'une pleuro-pneumonie du côté droit, le 7 mars dernier, époque où l'ictère, qui n'avait jamais été fort intense, avait disparu depuis plusieurs jours; on trouva le foie d'une teinte pâle, fauve et un peu jaune, d'un tissu assez mou, les voies biliaires parfaitement libres.

Obs. III. — Une femme affectée d'hydropisie enkystée des deux ovaires, chez laquelle cette maladie remontait à dix ans, et avait donné lieu à beaucoup de lésions secondaires, mourut le 30 mars dernier dans les salles de M. Chomel. Dix jours auparavant elle avait été prise, sous nos yeux, d'un ictère qui alla toujours en croissant.

Son foie qui, par l'effet de l'autre maladie, avait été refoulé vers la poitrine, jusqu'au niveau de la quatrième côte sternale, était un peu mou, d'une couleur fauve et pâle; il n'offrait plus dans son tissu aucune trace de la substance rouge, et les gros vaisseaux même ne contenaient presque pas de sang. La vésicule et les conduits étaient libres, remplis d'une bile verte, un peu aqueuse.

Obs. IV.e — Une jeune fille de 30 ans, qui fut admise deux fois dans la salle Sainte-Marthe de la Charité, service de M. Lerminier, pour une affection du foie, finit par y succomber le 1.er mai 1829. Pendant sa vie, on avait pu sentir, à travers la paroi abdominale, le foie, qui paraissait gros et bosselé. Il y avait avec cela une ascite, et dès le 9.er janvier, quatre mois avant la mort, il y avait une coloration ictérique, légère d'abord, qui avait crû progressivement, et qui avait fini par devenir fort intense.

A l'autopsie, on trouva le foie déformé, ratatiné, bosselé, et comme composé de plusieurs lobules réunis. La substance en était très-dense, d'un jaune verdâtre, infiltrée de bile. On y trouva quelques petits noyaux blancs, arrondis, clair-semés, de matière encéphaloïde crue. La vésicule, un peu épaissie, d'un tissu blanc, et plus ferme que de coutume, contenait une bile jaune, un peu aqueuse. Les conduits étaient libres dans toute leur étendue.

Obs. V.e — Un homme de 63 ans entra le 27 avril 1828, au N.° 21 de la salle Saint-Louis, service de M. Lerminier, dans un état de maigreur et de faiblesse qui paraissaient annoncer une fin prochaine. Il toussait, et il y avait d'autres signes d'une affection des poumons, dont on trouva des traces à l'autopsie. Mais il se plaignait surtout d'une douleur dans l'hypochondre droit, qui datait de fort loin. En palpant cette région, on sentait le

lobe droit du foie très-volumineux. Il y avait en outre, et depuis long-temps, un ictère médiocrement intense.

Le foie, sans parler des autres organes, était très-volumineux; d'un tissu rouge, et généralement sain, mais parsemé d'espace en espace de grosses tumeurs saillantes à la surface. Ces tumeurs étaient surtout nombreuses en bas et en devant. Quelques-unes étaient très-molles au toucher, et tout le monde croyait y sentir la fluctuation d'un liquide. En les incisant, on n'y trouva que de la matière encéphaloïde, ramollie à divers degrés, mêlée de vaisseaux et de sang infiltré ou en grumeaux, qui formait des marbrures rouges ou rosées sur un fond blanc. Ces tubercules variaient entre le volume d'une petite noix et celui d'une pomme d'api. La plupart étaient placés près de la surface. La vésicule était énormément distendue par de la bile verdâtre, et elle avait à-peu-près le double de sa capacité habituelle. Les conduits étaient tout-à-fait libres.

Obs. VI.ᵉ — Un homme de 65 ans, portier, entra le 15 novembre 1829, à la clinique de M. Chomel, salle Saint-Jean-de-Dieu, N.° 10. Toute sa peau offrait une teinte ictérique très-foncée. Il était dans un état d'affaissement et de stupeur qui ne lui permettaient guères de répondre aux questions. Cependant, par lui et par ceux qui l'avaient amené, on sut qu'il avait perdu tout-à-fait l'appétit depuis trois semaines; que l'ictère datait de quinze jours, et était survenu sans cause connue. Les urines avaient été depuis lors, et étaient encore d'une couleur très-foncée, semblables à de la bierre cuite; les excrémens d'un jaune pâle. Il ne se plaignait d'aucune douleur, si ce n'est aux environs de l'épigastre, où l'on sentait une rénitence obscure, et sans qu'on pût savoir à quel organe la rapporter. Cet examen n'exaspérait pas la douleur. La langue était humide, et il n'y avait point de soif; le pouls battait 90 fois par minute.

A la partie inférieure du thorax des deux côtés, mais à droite surtout, dans une étendue qui pouvait équivaloir aux 3/5, le son était mat, et l'on n'entendait pas de bruit respiratoire. La respiration était naturelle dans les autres points. Cette circonstance, jointe à l'absence de fièvre et à l'ictère, fit penser à M. Chomel que la matité était due à un refoulement du foie vers le thorax.

Le malade était vieux, affaibli, avait les extrémités inférieures déjà infiltrées. On se contenta de prescrire une décoction de chiendent oxymellée et nitrée, et des lavemens émolliens.

Le 17, l'affaissement et la stupeur étaient de plus en plus marqués, ou plutôt le malade n'avait déjà plus sa connaissance. Il avait eu pendant la nuit précédente quelques selles sanguinolentes. Il passa la journée dans un état de demi-coma, les yeux à peine entr'ouverts, les pupilles encore mobiles. La nuit suivante, il eut du délire, cria et vomit plusieurs fois de la bile.

Le 18, insensibilité absolue; respiration stertoreuse, et bientôt râle trachéal; mort à trois heures après midi.

Je me borne encore à signaler les lésions relatives aux organes de l'abdomen, et spécialement au foie, les seules intéressantes dans le cas présent.

Le péritoine contenait une certaine quantité de sérosité jaune.

La muqueuse de l'estomac était d'un rouge terne dans quelques endroits; ailleurs, d'un gris ardoisé, généralement pâle et de consistance normale. Tel était aussi l'état de la muqueuse intestinale dans beaucoup de points. Nulle part elle ne présentait d'ulcérations, d'ecchymoses, ni d'injection vive. (Il y avait eu des selles sanguinolentes. *Voyez* plus haut.)

Le foie était refoulé vers la poitrine, placé un peu obliquement, de telle sorte que le lobe droit arrivait

presque à la hauteur du mamelon, le gauche restant plus bas, sans qu'on pût trouver dans les autres viscères de l'abdomen rien qui expliquât ce déplacement.

En outre, le foie est plus volumineux que de coutume. Mais cet excès de volume serait peu de chose, si l'on faisait abstraction de deux tumeurs grosses comme des pommes de reinette, appartenant toutes deux au lobe gauche, placées, l'une en arrière, près du sillon de la veine ombilicale; l'autre, près du même sillon, mais en avant, et de manière à pouvoir être sentie à l'épigastre. La surface du foie est, dans beaucoup de points, ridée et comme flétrie, avec cela granuleuse et inégale. En l'incisant, on trouve son tissu rempli de granulations d'un beau jaune, les unes grosses comme des grains de chénevis, quelques-unes comme des noyaux de cerise, la plupart entre ces deux extrêmes. Outre ces granulations, qui existent partout et qui forment presque toute la masse du foie, on trouve çà et là quelques noyaux plus gros, arrondis, de même couleur, du volume d'une aveline ou d'une petite noix, enveloppés ou non d'un kyste fibreux, pouvant, dans tous les cas, se séparer en s'énucléant des parties environnantes.

Telle est à-peu-près la disposition des deux grosses tumeurs indiquées plus haut. Chacune d'elles est formée de masses arrondies, pressées les unes contre les autres dans un kyste fibreux, d'un volume variable, entre celui d'une pomme d'api et celui d'un marron. Ces masses sont, les unes, d'un jaune pâle, les autres, d'un jaune verdâtre foncé, et ce sont les plus nombreuses; quelques-unes, d'une teinte noirâtre.

Toutes ces altérations ont été rapportées à la *cirrhose*, quoique les dernières masses qui viennent d'être décrites diffèrent de ce qu'on rencontre habituellement dans ce

cas. Tel a été le jugement de M. Chomel et de M. Cruveilhier, à qui cette pièce a été remise.

La vésicule était distendue par une grande quantité de bile verdâtre. Les conduits biliaires étaient libres, aussi bien que celui du pancréas.

Obs. VII.e — De Moiser, Louis, âgé de 74 ans, ancien conseiller d'ambassade, entra, le 24 février 1828, à la Charité, salle St.-Louis n.° 46, service de M. Lerminier. Toute sa peau était d'une belle couleur jaune foncée, et presque orangée. Il n'accusait que dix jours de maladie, ne se plaignait d'autre chose que d'inappétence, de constipation et d'une grande faiblesse. Quatre jours avant l'entrée, on lui avait appliqué à l'épigastre des sangsues qui avaient tiré beaucoup de sang. L'ictère avait paru le lendemain, troisième jour avant l'entrée. L'urine était verdâtre; le foie paraissait très-volumineux; la langue était chargée d'un enduit grisâtre; il n'y avait pas de fièvre. Quinze sangsues furent appliquées à l'anus; et l'on donna pour boisson de la limonade végétale. Pendant les jours suivans, on administra successivement le chiendent nitré, l'eau de Vichy, le vin blanc, les pilules de savon composées.

Sous l'influence de ces moyens, de Moiser parut aller de mieux en mieux. La coloration ictérique restait la même; mais l'affaiblissement était moindre, et il y avait un peu d'appétit.

Le 9 mars, il fut pris d'un dévoiement qui continua pendant quelques jours, et se dissipa sous l'influence d'un traitement émollient.

Le 18, le malade retomba dans l'affaissement, et les jours suivans sa langue devint sèche, croûteuse et fendillée; les extrémités inférieures, déjà un peu infiltrées dès le commencement, devinrent plus volumineuses, et un peu de liquide parut s'amasser dans l'abdomen. De-

puis lors, la faiblesse alla toujours croissant; elle était accompagnée d'une somnolence continuelle, qui dégénéra en un véritable coma vers le 24. Le 28 mars, enfin, de Moiser expira, après avoir passé les quatre derniers jours dans un état d'insensibilité presque complète.

Autopsie. — Le crâne ne fut point ouvert.

Dans la poitrine, on ne trouva d'autre lésion remarquable que quelques tubercules blancs, aplatis et arrondis, saillans à la surface du poumon droit, dont les plus volumineux n'avaient guères que la largeur d'une pièce de dix sous. Ils étaient formés d'une matière ferme, d'un blanc mat, traversés par quelques petits vaisseaux, en un mot, de substance encéphaloïde.

Abdomen. — Epanchement assez considérable dans le péritoine. Le duodénum fait corps avec le foie, ou plutôt avec une masse cancéreuse qui tient au foie. Le colon transverse y adhère aussi, mais plus légèrement. Cette masse peut avoir le volume du poing; elle est d'un tissu dur, jaunâtre, lardacé, qui se laisse cependant déchirer sans beaucoup d'efforts, et qui paraît n'être autre chose que du tissu cellulaire induré, dans lequel sont enveloppés quelques ganglions hypertrophiés et d'une couleur pâle. Elle englobe la tête du pancréas, les conduits biliaires en totalité, le col de la vésicule, et s'enfonce profondément dans la face concave du grand lobe du foie. Il est impossible d'y suivre les conduits biliaires, et passé le col de la vésicule on ne reconnaît plus rien.

La vésicule a tout-à-fait changé d'aspect; elle est d'une couleur blanche, et forme un réservoir solide dont les parois ont une épaisseur de près de deux lignes, à la paroi inférieure surtout. La surface externe est lisse comme dans l'état naturel; l'interne est mamelonnée, veloutée et un peu injectée. Le tissu dont elle est formée est ferme, un peu friable cependant, d'un blanc jaunâtre, sembla-

ble, en un mot, à celui de la tumeur. En avant, le fond de la vésicule est resté sain, et conserve l'aspect normal dans un espace arrondi qui peut avoir un pouce de diamètre, autour duquel s'avancent en bas, en forme de cornes, deux expansions de tissu épais et blanchâtre, qui font corps avec le reste du réservoir. A l'intérieur, on trouve une petite quantité de bile verdâtre, épaisse et visqueuse.

En incisant le foie, on rencontre quelques noyaux de substance encéphaloïde, assez petits, dont deux sont voisins de la face supérieure. Enfin, il suinte de toutes les coupes une bile aqueuse, d'un jaune pâle, et les conduits de l'intérieur du foie, qui la contiennent, paraissent énormément dilatés.

Le diaphragme, quoiqu'il n'adhère pas à la tumeur, a subi la dégénération cancéreuse dans sa moitié droite. Il y a des plaques entières, larges comme des pièces de deux francs, converties en une substance blanche et dure dans laquelle on ne retrouve plus aucune trace de fibres. Ailleurs la matière cancéreuse est répandue en taches ou en points, de manière à donner au diaphragme un aspect granité, blanc sur rouge.

Les autres viscères n'ont rien offert de remarquable, si ce n'est un état mamelonné de la muqueuse stomacale, et dans cet organe, comme dans plusieurs points des intestins, une teinte grise ardoisée, sans changement notable dans la consistance.

Si l'on récapitule maintenant ces différens faits, et qu'on cherche à expliquer l'ictère par les lésions observées dans le foie, on trouve dans l'observation n.° 1 quelques granulations brunes qui ne peuvent guère être autre chose que de la cirrhose, bien que je ne les aie pas décrites suffisamment dans mes notes, ni même caractérisées par cette dénomination; dans les deux suivantes,

n.os 2 et 3, un état anémique et une teinte jaune du foie; dans les autres cas des tumeurs, cirrhose chez un malade, encéphaloïdes chez les trois autres, développées dans l'intérieur du foie, avec ou sans densité plus marquée de son tissu, quelquefois avec une atrophie notable et un état ratatiné de cet organe; quelquefois avec une hypertrophie apparente et qui pouvait tenir en grande partie à la présence des tumeurs; enfin, les conduits biliaires obstrués, et le cours de la bile complètement empêché dans un seul cas (n.° 7.)

L'ictère s'explique d'une manière satisfaisante dans ce dernier cas, par le reflux de la bile dans les conduits du foie, qu'on trouva dilatés, et de là dans le torrent de la circulation, par la voie des absorbans ou par tout autre mécanisme.

Dans les autres cas, pour les résumer d'une manière générale, par suite du développement de productions morbides ou sans ces productions, le tissu du foie paraissait en quelque sorte avoir été comprimé, et il contenait moins de sang que de coutume, excepté chez un malade (n.° 5). Cet état devait gêner la circulation du sang : de là l'infiltration des extrémités inférieures, et un épanchement plus ou moins considérable dans l'abdomen, observé presque constamment; il devait gêner la sécrétion et la circulation de la bile : de là l'ictère, qui s'expliquerait alors, autant qu'il puisse s'expliquer, de la même manière que l'hydropisie.

Observation de résection de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras droit; par M. Hublier, D. M. P., chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Provins.

La nommée Dujour, âgée de 33 ans, fille de basse-cour, forte et bien constituée, demeurant à quatre lieues

de Provins, eut, le 7 d'octobre 1828, le poignet droit pris entre le timon d'une lourde voiture et un gros mur. La main fut renversée sur l'avant-bras; le cubitus, luxé en avant, sortait d'un pouce et demi à travers une plaie de même longueur, dans le sens vertical, mais qui, en se portant ensuite transversalement du cubitus au radius, et passant au-devant de l'articulation, présentait en ce sens quatre pouces de longueur. Dans cet endroit, la plaie n'intéressait que la peau. L'extrémité inférieure du radius était fracturée transversalement, et le fragment inférieur, long de huit à neuf lignes, offrait une autre fracture longitudinale qui le partageait en deux portions, dont l'interne était un peu moins volumineuse que l'externe.

Le premier jour, on mit des cataplasmes sur la blessure; le lendemain on réduisit la luxation, et le 10.° la malade fut transportée à l'hôpital. Elle était sans fièvre, remuait facilement le bras et les doigts, et semblait peu souffrir, malgré le gonflement et la tension de la peau du dos de la main, de tout le poignet, et des deux tiers inférieurs de l'avant-bras. On sentait la crépitation, mais on pouvait difficilement juger de la position des fractures. Le membre fut recouvert de cataplasmes, et mis dans un bain pendant une heure, matin et soir, jusqu'au 19. Alors l'inflammation et le gonflement avaient cessé, et on reconnaissait mieux les désordres; mais depuis deux jours il y avait de l'empâtement, une grande sensibilité aux environs de la plaie qui donnait une suppuration abondante provenant de la fonte du tissu cellulaire et de la carie des os fracturés, cessation des mouvemens des doigts; le sommeil était agité, il y avait mal-aise, fièvre, perte d'appétit. Cet état, en se prolongeant, faisait craindre la perte de la malade ou celle du membre. Nous pourrions citer deux cas semblables dans lesquels les malades sont morts, l'un à la suite d'une fracture légère et sans déplacement de

l'olécrâne; l'autre, l'été dernier, à la suite de la luxation en avant de l'épitrochlée, avec fracture de la tubérosité externe de l'humérus. Dans ce dernier cas, toutes les parties molles déchirées livraient passage à cette éminence. Ces deux malades ont vécu à peine vingt jours. Dans le cas présent, il fallait donc prendre un parti. Les auteurs conseillent l'amputation, mais les chairs paraissant encore saines, je crus devoir tenter la résection pour tâcher de conserver la main. Cette opération, qui n'a pas encore été pratiquée, présentait les plus grandes difficultés : une grande plaie, dont les bords sont mâchés, les parties contuses, quatre portions d'os à extraire, dont trois au milieu du plus grand désordre, et éloignées de l'ouverture qui devait leur livrer passage, les tendons et l'artère radiale à ménager ! M. Gallot, médecin en chef de l'hôpital, partageait ma manière de voir.

Voici le procédé que j'ai suivi : le cubitus, dégagé des parties voisines, fut amené hors de la plaie antérieure. On plaça une attelle sous cet os, et on le scia à quinze lignes de sa partie inférieure. Derrière cette ouverture, on fit une incision de même longueur qu'elle, qui, en s'y réunissant inférieurement, formait un lambeau triangulaire dont la base était tournée en haut. Cette plaie donna plus de facilité pour faire sortir le radius, qui fut scié comme le cubitus et à la même hauteur. Avec une forte pince à pansement, garnie de dents vers l'extrémité de ses mors, et tenue de la main gauche, on a saisi la partie interne de la partie inférieure de cet os, on l'a attirée pour tendre et couper plus facilement les ligamens à l'aide d'un bistouri droit tenu de la main droite, en dirigeant la pointe et le tranchant vers l'os, afin d'éviter la lésion des tendons et celle de l'artère radiale, placée sous la partie externe qui fut extraite de la même manière.

L'artère cubitale ouverte fut liée; la réunion de la

plaie a été faite au moyen de bandelettes agglutinatives : de la charpie, des compresses et des bandes ont complété le pansement. Cette opération a duré une heure, y compris le temps de repos accordé à la malade, qui a fait preuve d'un grand courage. Le pansement a été renouvellé le second jour et les jours suivans. L'appareil était mouillé avec de la décoction émolliente légèrement animée d'eau-de-vie camphrée toutes les fois qu'il séchait. Cela n'empêcha pas la réunion de se faire, et on parvint ainsi à diminuer l'inflammation toujours trop grande à la suite des amputations. Les arrosemens d'eau froide m'ont constamment réussi, ainsi que la réunion par première intention. L'année dernière, sur environ douze amputations que j'ai faites, je n'ai perdu qu'un vieillard de 73 ans, deux mois après l'opération.

Cette fille est sortie de l'hôpital parfaitement guérie, le 6 décembre. Elle conserve les mouvemens de tous les doigts, à l'exception du petit doigt qui est resté à demi-fléchi. Le poignet n'est pas difformé, et se soutient bien. Cette fille a repris depuis ses travaux habituels.

Notice sur l'efficacité de l'extrait du résidu des eaux-mères du sulfate de quinine, dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. Rennes, médecin ordinaire des armées, agrégé de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Si l'on se récrie souvent, et avec juste raison, contre la précipitation des jeunes médecins, qui, avides de renommée, se hâtent de donner à quelques faits isolés de guérison par des moyens nouveaux, sur lesquels l'expérience n'a pas eu le temps de prononcer, une publicité anticipée, il y aurait lieu peut-être d'adresser le reproche

quelle il communique une coloration ambrée, à la dose de deux décigrammes pour trente grammes de ce liquide (cette solution, essayée par les papiers réactifs, ne manifeste ni acidité, ni alcalinité); faiblement hygrométrique.

M. Guitton, pharmacien-major de l'hôpital de Strasbourg, m'avait déjà entretenu plusieurs fois de l'opinion qu'il avait que cet extrait pourrait être utilisé dans la thérapeutique, lorsque, sur l'invitation que lui en fut faite, M. Roux, médecin en chef de l'établissement, fit les premiers essais de son administration en octobre 1825. Ces premiers essais ayant été suivis d'un plein succès, l'emploi du nouveau médicament fut également tenté par M. Tourdes et par moi. Les résultats obtenus ayant été les mêmes, il ne tarda pas à devenir d'un usage général dans les salles de médecine et de chirurgie; et depuis cette époque, les malades atteints de fièvres périodiques, reçus à l'hôpital militaire de Strasbourg, ont été soumis presque indifféremment à l'administration du sulfate de quinine ou de l'extrait du résidu des eaux-mères, auquel on avait donné provisoirement le nom d'*extractif quinique* (1); l'expérience ayant démontré que l'un et l'au-

---

(1) On ne s'abusait pas sur l'impropriété du nom donné à ce produit pharmaceutique : on n'ignorait pas qu'il devait être composé de cinchonine, d'un reste de sulfate de quinine non crystallisé, de matières colorantes, etc.; on ne connaissait point alors la présence de la *chinoïde* dans cet extrait; on ne présumait pas qu'il pût agir à la même dose que le sulfate de quinine, et l'on fut très-étonné de lui reconnaître des propriétés aussi énergiques. La découverte de la chinoïde peut rendre compte jusqu'à un certain point de ces effets.

Voyez sur la composition des eaux-mères du sulfate de quinine, l'opinion de MM. Pelletier, Caventou, Henry et Guibourt, dans le N.° précédent des *Archives*, page 130; opinion que M. Rennes ne pouvait connaître lors de la rédaction de son article.

(*Note du Rédacteur.*)

tre réussissent également et à des doses à-peu-près égales dans le traitement des fièvres intermittentes. On conçoit en effet, qu'il en résulterait un avantage immense sous le rapport de l'économie, dans un établissement où sont traités annuellement plus de deux mille individus atteints de ces maladies, puisque la quantité de l'extrait des eaux-mères, obtenu par M. Guitton, égale environ les deux tiers en poids du sulfate de quinine, et que l'on emploie de cette manière jusqu'aux dernières portions des principes actifs du quinquina que l'on destine à cette préparation.

Les bons effets de l'extrait du résidu des eaux mères du sulfate de quinine sont bien connus de tous ceux qui ont suivi la clinique de l'hôpital militaire de Strasbourg; ils ont été proclamés par M. Tourdes, médecin de cet hôpital, et professeur à la Faculté de Médecine, dans une séance solennelle à l'occasion de la distribution des prix de 1828; et cependant il me paraît que ces résultats sont encore presque généralement ignorés. La publicité a manqué jusqu'à ce jour plutôt que l'évidence des faits. Aussi ne crois-je pas inutile de relater ici les expériences comparatives qui ont été faites sur l'emploi du sulfate de quinine, de l'*extractif quinique*, du quinquina en poudre, et de ce dernier médicament associé aux deux autres, pendant les mois de mai, juin, juillet, août et septembre de l'année 1828.

Un nombre déterminé de militaires, âgés de vingt-deux à trente ans, de diverses constitutions et de divers tempéramens, tous atteints de fièvre intermittente simple, et pour la première fois, ayant été placés à cet effet dans des salles particulières, les trois médecins de l'établissement, MM. Roux, Tourdes, et l'auteur de cette notice, partagèrent entre eux ce travail d'observation. 101 malades furent traités et guéris par le sulfate de quinine,

en 16 jours et demi, terme moyen, à la dose moyenne de 26 grains et demi : un quart éprouva des rechutes.

50 autres furent traités par l'*extractif quinique*, à la dose moyenne de 24 grains et demi ; le traitement dura de quinze à seize jours : le cinquième seulement de ces militaires fut atteint de rechutes. Dans l'un et l'autre cas, la fièvre cédait d'ordinaire à l'administration de six à douze grains du fébrifuge ; mais l'usage de ce dernier était continué à dose décroissante de dix à onze jours après la cessation des accès. Les rechutes avaient lieu le 8.e jour, le 11.e, le 14.e ou le 20.e, mais plus particulièrement le 11.e

50 malades traités par le quinquina en poudre offrirent les résultats suivans : une once et demie de quinquina, représentant, à peu de chose près, la quantité de sulfate ou d'extrait employée chez les précédens, leur fut administrée ; le traitement complet dura dix-sept jours : les deux-cinquièmes éprouvèrent des rechutes ; ce qui fournit le moyen d'apprécier à leur juste valeur les reproches adressés au sulfate de quinine, comme laissant après lui plus de disposition aux rechutes, que dans le cas où l'on a employé le quinquina en substance.

Enfin, 36 malades ayant été traités par le quinquina en poudre associé au sulfate de quinine ou à l'*extractif*, il en résulta que, sous l'administration de une once de quinquina et de dix-sept grains de sulfate ou d'extrait, les traitemens durèrent dix-neuf jours, et les trois-quarts seulement des individus traités par ce moyen furent exempts de rechutes. 21 autres guéris par le seul régime ou spontanément, après l'emploi de la saignée ou de l'émétique, n'ont offert que trois rechutes : ces sortes de guérison paraissent être les plus sûres et les plus durables.

Or, si nous comparons uniquement les expériences relatives à l'emploi du sulfate de quinine et de l'extrait du

résidu des eaux-mères, il en résulte que ce dernier réussit à une dose égale ou même inférieure; que les traitemens ne sont pas plus longs, et qu'ils sont pour le moins aussi sûrs. L'efficacité de l'extrait du résidu est confirmée en outre par l'expérience générale de l'hôpital de Strasbourg, durant trois années, pendant lesquelles plus de trois mille individus, atteints de fièvres intermittentes de tous les types, ont été traités avec le plus grand succès par ce médicament; certes je ne pense pas que l'on puisse désirer des résultats plus authentiques ou plus nombreux; et l'acquisition importante que vient de faire la thérapeutique dans l'emploi de ce résidu, me paraît dès aujourd'hui démontrée. A avantages égaux, la modicité du prix le fera préférer chez les pauvres; et il en résultera une économie considérable dans les hôpitaux, où, l'un et l'autre produits étant consommés, rien ne sera perdu de la quantité de quinquina employée à leur préparation.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de l'oxygène et d'autres gaz sur l'économie animale; par M. Broughton, *M. D.* (Suite.)

M. Broughton passe aux expériences qu'il a faites sur les effets de la respiration de plusieurs autres gaz.

« B. *Expériences avec le gaz protoxyde d'azote, (nitrous oxide gas.)* — Ayant préparé avec soin une certaine quantité de ce gaz, je le laissai en contact avec l'eau pendant une douzaine d'heures, afin de le purifier. J'introduisis ensuite dans la cloche qui le contenait, avec les mêmes précautions que dans les expériences avec l'oxygène, un jeune chat très-vigoureux. Les effets du gaz ne

tardèrent pas à se manifester, et au bout d'un quart-d'heure l'animal tomba sans mouvement sur le côté. Quelques instans auparavant sa respiration s'était beaucoup accélérée, et il avait fait plusieurs mouvemens violens comme pour chercher à s'échapper. Je le retirai aussitôt de la cloche pour le placer à l'air; il revint peu-à-peu à la vie, et le soir il était complètement rétabli. La même expérience faite sur un autre chat de la même portée, me donna les mêmes résultats; seulement l'animal ne put être rappelé à la vie; mais il faut dire que l'expérience avait duré une demi-heure au lieu d'un quart-d'heure. La température était celle d'un jour d'été. Ayant ouvert l'animal aussitôt après l'avoir retiré de la cloche, je remarquai que le sang, dans toutes les parties du corps, était plus rouge et plus transparent que d'ordinaire; de plus, les vaisseaux du cerveau, de la plèvre et des poumons étaient gorgés de ce liquide.

«Plusieurs moineaux placés dans le gaz protoxyde d'azote n'y vécurent que quatre ou cinq minutes, avec une accélération très-grande de la respiration. Examinés immédiatement après la mort, on trouva que le cœur palpitait encore, que le sang avait le même aspect que dans l'expérience précédente, et que les membranes étaient de même fortement injectées.

«Une grenouille introduite sous une cloche de verre remplie du même gaz, ne parut en éprouver d'abord aucun effet, mais le lendemain matin je la trouvai morte. Les vaisseaux sanguins étaient très-injectés. Des souris placées dans les mêmes circonstances furent presqu'aussitôt prises d'accélération de la respiration et de tremblemens; elles ne vécurent guère que sept ou huit minutes; chez toutes le cœur, après la mort, continuait à battre assez vivement. Chez un lapin âgé d'environ trois mois, le cœur, au bout d'une minute et demie environ, pré-

senta des mouvemens très-violens, et la respiration une accélération et une gêne très-grandes; l'animal chancelait et se tenait très-difficilement sur ses pattes, et finit par s'appuyer sur les parois de la cloche, dans un état de stupeur. La respiration devint graduellement, et plus faible et plus lente, et les narines cessèrent de se mouvoir; enfin, au bout de deux heures et un quart, le diaphragme cessa entièrement de se contracter. L'animal fut aussitôt retiré et ouvert; la plèvre, les poumons et le cerveau étaient fortement injectés de sang rouge. Un autre lapin de la même portée, plongé dans le gaz où le précédent avait respiré, parut asphyxié en moins de deux minutes; on le retira à l'instant, et il revint à la vie en très-peu de temps. Après ces expériences, le gaz éteignait à l'instant une bougie allumée.

Si l'on compare ces expériences avec celles qui ont été faites avec de l'oxygène, on remarque qu'en dernière analyse les résultats ont beaucoup de ressemblance, mais que les effets du gaz protoxyde d'azote se manifestent plus promptement, sont plus tranchés, et se rapprochent beaucoup de ceux de l'alcohol. La combinaison de l'azote avec l'oxygène dans le gaz dont il s'agit, peut rendre raison des différences d'action, et l'absorption de l'oxygène peut expliquer la ressemblance de l'état que présentent les organes dans l'un et l'autre cas. Le protoxyde d'azote, comme l'oxygène, paraît avoir, dans son mode d'action, une grande analogie avec les substances vénéneuses, et ce gaz, lorsqu'il n'est pas mêlé à l'air atmosphérique, est non-seulement impropre à la respiration, mais encore nuisible à la vie. »

« G. *Expériences avec l'azote.* — Des moineaux placés dans ce gaz tombent inanimés au bout d'une trentaine de secondes; immédiatement après leur immersion, leur respiration devient laborieuse, et ces animaux éprouvent

une agitation extrême. Les souris présentent absolument les mêmes phénomènes. Dans tous ces animaux, le ventricule droit du cœur a été trouvé gorgé de sang noir, et les vaisseaux du cerveau, de la plèvre et des poumons vides et dans un état de collapsus.

« Une grenouille placée dans les mêmes circonstances, resta pendant plus de deux heures insensible aux effets du gaz; mais ensuite elle parut comme engourdie, et sa respiration sembla devenir laborieuse. Le lendemain matin, elle était morte. Le sang était noir dans toutes les parties du système circulatoire.

« Un lapin, âgé de quinze jours environ, fut asphyxié en moins de trente secondes; il avait fait dans cet intervalle de profondes inspirations, et s'était violemment débattu. Après deux ou trois minutes, on le retira; les vaisseaux sanguins du poumon et du cerveau étaient vides et affaissés; le ventricule droit du cœur était rempli de sang noir, et cependant l'irritabilité de cet organe n'était pas complètement éteinte. Le sang, dans toutes ces expériences, se coagulait, mais seulement au bout d'un certain temps. Un autre lapin présenta les mêmes phénomènes; seulement on le retira au bout d'une demi-minute, et on parvint à le rappeler à la vie.

« D'après les résultats de ces expériences, on voit que l'azote pur amène promptement la mort en faisant cesser presqu'immédiatement les fonctions du cerveau; mais que les poumons peuvent recevoir ce gaz et s'en pénétrer pendant quelques secondes, jusqu'à ce que la sensibilité du système nerveux soit entièrement détruite. On sait cependant que dans la respiration naturelle, une quantité notable d'azote est séparée de l'air atmosphérique et absorbée par l'animal, et que cette absorption est nécessaire à l'économie.

« D. *Expériences avec le chlore.* — Des souris placées

successivement sous des cloches de verres remplies de ce gaz, succombèrent toutes en moins d'une demi-minute. En ouvrant ces animaux, on trouva que chez tous le cœur battait encore; que le mouvement péristaltique des intestins persistait, et qu'il se manifestait lorsqu'on irritait les organes avec un stylet. Les vaisseaux du cerveau étaient affaissés. Les poumons offraient la couleur jaune du gaz, et son odeur était facilement reconnaissable jusque dans leur parenchyme. Des moineaux présentèrent des phénomènes parfaitement semblables. La coagulation du sang s'opère absolument de la même manière et dans le même temps que dans les circonstances ordinaires.

« Un lapin de trois semaines placé sous une cloche pleine de chlore, périt en moins de huit secondes. Lorsqu'on ouvrit le thorax, on trouva le cœur se contractant régulièrement, et en pratiquant une ponction à l'aorte le sang jaillit à une grande distance. Les mouvemens péristaltiques des intestins continuaient à s'exercer. Les vaisseaux cérébraux étaient dans un état de collapsus. Les poumons très-distendus étaient teints de jaune et laissaient échapper une forte odeur de chlore. Le ventricule droit était gorgé de sang noir.

« On a cru généralement que le chlore ne peut pénétrer dans les poumons, et que même il ne peut dépasser la glotte; mais les expériences précédentes prouvent évidemment que ce gaz peut être porté dans les ramifications bronchiques par l'acte de l'inspiration. Une certaine quantité de ce gaz pénètre probablement jusqu'au cerveau avec le sang, et détruit les fonctions de cet organe, sans cependant agir directement sur les organes non soumis à l'empire de la volonté; en effet, la contractilité persiste long-temps après la cessation de la vie animale, comme le prouvent les mouvemens du cœur et des intestins. »

« E. *Expériences avec le gaz hydrogène sulfuré.* —

On admet en général que ce gaz détruit la vie en produisant ce qu'on nomme à tort l'asphyxie, ou, en d'autres mots, que les fonctions de la vie cessent par le manque de l'influence vivifiante de l'oxygène, quoique dans le fait le cœur continue à battre. Nous allons voir qu'il n'en est pas ainsi.

« Un lapin du même âge que les précédens fut placé sous une cloche remplie de gaz acide hydro-sulfurique. Il périt, après quelques mouvemens violens, en moins d'une demi-minute. Je l'y laissai pendant à-peu-près deux minutes, après quoi je le retirai, et en ouvrant le thorax je trouvai que le cœur battait régulièrement, que les mouvemens péristaltiques des intestins continuaient à s'exercer, mais que le diaphragme était immobile. Le sang, dans toutes les parties du système circulatoire, avait une teinte brune très-foncée, et de petites quantités de ce liquide transportées loin du lieu de l'expérience, exhalaient l'odeur infecte du gaz. La surface du foie et des intestins présentait une teinte noirâtre dans presque toute son étendue. Cette expérience, répétée sur des souris et des moineaux, me donna les mêmes résultats.

« Ces expériences me semblent prouver évidemment que le gaz hydrogène sulfuré pénètre dans le sang par l'intermédiaire des poumons qui l'absorbent, et que porté au cerveau avec ce liquide, il détruit les fonctions de cet organe, sans agir toutefois sur l'action des muscles involontaires, puisque le cœur et les intestins continuent à se mouvoir après que la vie animale a cessé. Le gaz ainsi absorbé paraît donc agir comme un poison subtil; et comme dans les cas d'asphyxie par la privation d'air respirable, le prompt rétablissement des contractions du diaphragme et de l'action des poumons, et l'introduction dans ces organes de l'air atmosphérique, paraissent être les meilleurs moyens pour rappeler à la vie; l'application

de la chaleur modérée et l'usage des frictions doivent donc être substituées à l'emploi pernicieux des lavemens de tabac et de la saignée. Les expériences de Bichat et de Chaussier, qui prouvent que dans les cas d'immersion dans le gaz dont il s'agit, il y a précipitation de soufre sous l'influence de l'électricité, viennent confirmer mes expériences en ce qui regarde la pénétration de l'hydrogène sulfuré dans le sang. »

« F. *Expériences avec l'hydrogène.* — Un chat, âgé d'une quinzaine de jours, placé dans du gaz hydrogène, tomba mort au bout d'une demi-minute, après quelques inspirations et quelques mouvemens violens. Je le retirai aussitôt, et il se rétablit promptement à l'air. Un autre chat de la même portée présenta les mêmes symptômes; mais il ne put être rappelé à la vie, parce qu'on le laissa environ trois minutes dans le gaz. Je l'ouvris, et je trouvai que la circulation était tout-à-fait arrêtée; que le ventricule droit du cœur était distendu par du sang noir, et que le cerveau et les poumons étaient affaissés. Une grenouille mise dans les mêmes circonstances me parut nullement affectée; cependant le lendemain matin elle était morte, et le sang était noir dans toutes les parties du corps.

« Des moineaux périrent en deux ou trois secondes. Ouverts ils offraient les mêmes apparences que les petits chats.

« L'hydrogène paraît donc pénétrer dans les conduits aériens, et de même que le gaz précédent, agir sur le cerveau, comme certaines substances vénéneuses. Une chose remarquable, c'est qu'après ces expériences il n'a pas été possible de réveiller, même par une irritation mécanique, la contractilité du cœur et des intestins. »

« G. *Expériences avec l'hydrogène carboné.* — Pour m'assurer des effets de ce gaz, je plaçai un jeune chat

d'environ quinze jours, sous une cloche de verre remplie d'hydrogène carboné. L'animal, après deux ou trois inspirations profondes, tomba mort en quelques secondes. Je le retirai, et au moyen de l'insufflation de l'air dans les poumons il se rétablit promptement. Un autre chat de la même portée, que je laissai trois minutes sous la cloche, ne put être rappelé à la vie. Le cœur était immobile, le sang noir, le ventricule droit gorgé de ce liquide, les vaisseaux du cerveau presque vides et les poumons affaissés. Des moineaux soumis à la même expérience présentèrent des phénomènes semblables. Ce gaz paraît donc aussi pénétrer dans le sang, rendre ce liquide noir, et détruire la sensibilité par son contact avec le cerveau. »

« H. *Expériences avec le gaz nitreux.*—Des moineaux placés dans ce gaz périrent presque immédiatement. Le cœur était immobile, et ne se contractait même pas lorsqu'on l'irritait vivement. Des souris donnèrent des résultats semblables. Un jeune lapin ne vécut dans ce gaz que quelques secondes. Le sang de cet animal paraissait avoir perdu presque toute son apparence artérielle; le ventricule droit était distendu, et les vaisseaux du cerveau et des poumons étaient au contraire affaissés.

» Le gaz nitreux, comme on devait le présumer, paraît agir directement sur le centre nerveux, et détruire en même temps la contractilité des organes soustraits à la volonté. »

« I. *Expériences avec l'acide carbonique.* — Plongés dans ce gaz, des moineaux sont morts dans un peu moins de trois minutes, après de violens mouvemens et après avoir manifesté une grande gêne dans la respiration. En disséquant le cerveau et les poumons, j'observai qu'ils étaient très-affaissés; le ventricule droit du cœur était rempli de sang noir, et la circulation était complètement anéantie.

De jeunes chats furent ensuite soumis à l'expérience. Au bout de trois minutes ils ne présentèrent plus aucun signe de vie. Ils firent d'abord de violentes et de fréquentes inspirations, et tombèrent ensuite sans mouvement. Un de ces animaux, retiré au moment même où il tomba ainsi, fut rappelé à la vie par l'application de la chaleur et par l'insufflation de l'air dans les poumons; les autres, qu'on laissa environ quatre minutes sous la cloche, ne donnèrent aucun signe de vie lorsqu'on les eut retirés. Le sang était noir dans tous les points du corps, et le cœur ne battait plus. Les poumons étaient affaissés, et les vaisseaux du cerveau me parurent comme resserrés. »

Les animaux plongés dans le gaz acide carbonique paraissent y succomber beaucoup moins rapidement que dans tout autre gaz non respirable; la différence est, en général, de une demi-minute à trois minutes; et ce dernier terme est à-peu-près le même que celui de l'asphyxie par submersion ou par strangulation. Il est ainsi très-probable que la cause de la mort est la même; c'est-à-dire le manque d'air oxygéné qui fait circuler dans le cerveau du sang noir; car l'absence du sang rouge amène dans les animaux à sang chaud l'interruption des fonctions du cerveau, et par suite l'insensibilité. Il est à remarquer que, dans les expériences avec l'acide carbonique, la température du corps des animaux, au lieu de s'abaisser, s'est élevée sensiblement, comme s'ils eussent été exposés à l'influence d'une forte chaleur extérieure.

En résumant l'ensemble des faits que nous avons exposés dans ce mémoire, on voit que tous les gaz employés dans les expériences précédentes peuvent franchir la glotte et pénétrer plus ou moins dans les poumons, et que, excepté l'acide carbonique, ils détruisent la vie de la même manière et en beaucoup moins de temps que ne le fait la simple suppression de l'air atmosphérique. Les

phénomènes qui accompagnent la respiration de ces gaz semblent conduire à cette supposition : qu'ils agissent de la même manière que certaines substances vénéneuses, dont l'effet bien connu est de suspendre les fonctions du cerveau et de détruire promptement la sensibilité; tandis que la contractilité vitale survit, dans la plupart des cas, à la cessation de la vie animale.

La comparaison des effets des gaz qui contiennent de l'oxygène avec ceux de ces corps qui n'en renferment pas, non-seulement fait voir que les premiers détruisent à la fin la sensibilité, mais encore montre d'une manière frappante les rapports de l'oxygène avec la vie animale.

Si l'on recherche quelle est la manière d'agir des gaz dont il est question, on voit qu'on peut la rapporter à celle des poisons narcotiques (*sedative*). En effet, ils ne paraissent agir que lorsqu'ils arrivent à être en contact avec le cerveau; et alors l'intensité de leur action varie suivant une foule de circonstances qui modifient accidentellement leurs effets. Mais dans les expériences que nous avons rapportées, l'effet a eu lieu constamment; seulement, plus l'animal était petit, plus l'action sur le cerveau était prompte, *et vice versâ*.

« Enfin, dit en terminant M. Broughton, je ne quitterai pas ce sujet sans m'élever contre la méthode peu scientifique qu'on met en usage pour rappeler à la vie les personnes asphyxiées dans certains gaz. L'inutilité et même les mauvais effets de ce traitement ne sauraient être trop fortement ni trop souvent signalés. La manière d'agir des gaz nuisibles sur l'économie animale, que l'on peut déduire des expériences précédentes, conduit tout naturellement à adopter une méthode de traitement plus simple et plus rationnelle. »

Remarques sur la tendance aux maladies calculeuses ; observations sur la nature des concrétions urinaires ; analyse d'une grande partie de celles qui composent la collection de l'hôpital de Norfolk et de Norwich ; par J. YELLOLY, *M. D.*, *membre de la Société royale de Londres* (1).

Les premiers travaux faits dans le but de déterminer comparativement la fréquence des maladies calculeuses dans les diverses parties de l'Angleterre, remontent à 1779, et sont dus au docteur Dobson. L'un des résultats de ces recherches était que la proportion de ces maladies à l'infirmerie de Norwich, était à-peu-près trente fois aussi grande qu'à l'hôpital de Cambridge ; mais que dans tout le reste de l'Angleterre cette proportion était, somme toute, uniforme. Ainsi dans les hôpitaux de Gloucester, de Worcester, de Hereford et d'Exeter, la proportion des calculeux était de 1 sur 594 malades. Dans les districts du nord-est, qui comprennent les hôpitaux de York, de Newcastle, de Leeds et de Manchester, elle était de 1 sur 420. Dans ceux du nord-ouest où se trouvent les hôpitaux de Liverpool, de Chester et de Shrewsbury, ainsi que dans tout le nord du pays de Galles, cette proportion n'était que de 1 sur 2223. Le docteur Dobson attribuait en partie ces différences à l'influence du cidre qu'il regardait comme propre à favoriser le développement de cette maladie.

Après cette première tentative vinrent les recherches du docteur Alex. Marcet ; recherches qu'il a publiées sous le titre de *Essay on the chemical history and medical treatment of calculous disorders*, et qui ont été traduites en français. Les principaux résultats auxquels

(1) *Philosophical Transactions of the Royal Society*. Part. 1. 1829.

l'auteur est arrivé, prouvent que l'hôpital de Norwich conservait encore à cette époque, pour le nombre des maladies calculeuses, la supériorité que lui avait assignée le docteur Dobson. Sur un nombre moyen de 428 admissions par an, l'auteur a trouvé que l'opération de la taille a été pratiquée dans le rapport de 1 à 38 malades, c'est-à-dire, un peu plus de onze fois pendant une année, fréquence beaucoup plus grande que dans aucun des hôpitaux de la métropole. M. Marcet a constaté, par exemple, qu'à l'hôpital Saint-Thomas, pendant les dix années antérieures à 1819, le nombre moyen des opérations de taille a été de 5 et demi ou de 11 pour deux ans ; ce qui n'est pas la moitié de celui de l'hôpital de Norwich ; et si l'on compare le nombre des admissions dans ces deux hôpitaux, cette proportion ne va pas même à un septième. A l'hôpital Saint-Barthélemy, le nombre des admissions annuelles étant de 3760, le terme moyen des cas de calculs a été de 11, c'est-à-dire, de 1 sur 340 malades, ou à-peu-près un neuvième de la proportion des opérations. Enfin, à l'hôpital de Guy, sur 2637 malades admis annuellement, le terme moyen du nombre des opérations, pendant les vingt ou trente années antérieures à 1819, a varié de 9 à 20, c'est-à-dire, dans le rapport de 1 sur environ 300 malades.

M. Smith, de Bristol, peu satisfait des bases sur lesquelles reposaient les travaux précédens, a entrepris une série de recherches très-étendues sur la fréquence des maladies dont il s'agit en Angleterre et en Irlande, et il en a consigné les détails dans un mémoire inséré dans le XI.e volume des *Transactions Médico-Chirurgicales*. Le résultat général auquel il a été conduit est que, sur le nombre des cas de pierre bien avérés, 60 sont opérés chaque année dans les comtés d'Angleterre et du pays de Galles ; et qu'en admettant la moitié pour ceux dont il

n'est pas fait mention et dont l'existence est ainsi ignorée, ce qui est peut-être au-dessous de la réalité, il se pratique environ 90 opérations dans les comtés. A Londres, le nombre des opérations de lithotomie pratiquées, est, terme moyen, de 47 chaque année, et en y ajoutant 30 pour celles qui sont faites dans la pratique particulière, ce nombre s'élève à environ 77. En Écosse, pour une population de 1,600,000 âmes, M. Smith ne porte le terme moyen annuel pour tout le pays, qu'à 12; et en Irlande, sur une population totale de 4,250,000 habitans, ce terme moyen serait le même, et ne dépasserait pas, comme on voit, celui de l'hôpital de Norwich tout seul. Le comté de Norfolk est, de tous, celui où le nombre des tailles est le plus grand; il est 11 et demi par an; le Yorkshire vient ensuite, qui donne 8 ou 9 opérations chaque année, dont un tiers pour Halifax et les deux autres tiers pour Leeds. Le Lancashire ne donne par an que quatre opérations; et pour les autres parties de la Grande-Bretagne, le nombre en est de 2 et une fraction à 1 et même moins. Le nombre total des cas de calculs vésicaux, sur la population entière de l'Angleterre, 21,000,000 d'habitans, est de 200 environ, ou de 1 sur 105,000. Les comtés de Norfolk et de Suffolk sont ceux qui en présentent le plus grand nombre. On en compte en effet 1 sur 4577 individus.

A ces données, M. Yelloly a fait quelques modifications et d'importantes additions. En examinant les registres de l'hôpital de Londres, dont il a été le médecin pendant plusieurs années, il a trouvé que, sur le nombre total des calculeux qui y sont admis, les deux tiers sont fournis par la ville elle-même, et que le dernier tiers vient de la campagne; et en admettant comme exact, le nombre de 47 donné par M. Smith, il en rapporte 30 à la population de la ville qui s'élève à plus de 1,200,000, et les 15 autres à celle des

comtés environnans qui ne possèdent pas d'hôpital, ou dans lesquels l'établissement de maisons de ce genre est encore trop récent pour influer sur les résultats. Le total des opérations de taille faites publiquement, est, suivant M. Smith, pour l'Angleterre et le pays de Galles, de 107, auquel nombre M. Yelloly ajoute 4 pour Suffolk, où depuis le travail de M. Smith on a établi un hôpital; ce qui fait 111 opérations sur une population de près de 12,000,000 ames, soit 1 sur 108,000 habitans. Si cependant on déduit de ce calcul le nombre des opérations de Norfolk et de Suffolk, c'est-à-dire, 15 et demi de 111, on aura 95 et demi, ou bien 1 calculeux sur 118,000 habitans; et si on en déduit encore les 47 fournis par la ville de Londres et les campagnes voisines, il n'en reste plus que 48 et demi sur une population de 9,015,000, ce qui donne 1 sur 188,000 pour tout le reste de la population d'Angleterre et du pays de Galles, ou environ un cinquième de la proportion de Londres et du district de Norfolk, en exceptant Norwich, et un cinquième à-peu-près de celle de cette dernière ville. De ces calculs, il résulte que, quoique le district de Norfolk et Suffolk, et les comtés voisins de Londres fournissent un très-grand nombre de calculeux, la tendance générale à ce genre de maladies dans la totalité du royaume, est très-faible.

En prenant les individus depuis l'âge de 14 ans jusqu'à la fin de la période qui constitue l'âge adulte, 50 ans, on trouve que le nombre des maladies calculeuses est encore de beaucoup diminué. Les documens officiels prouvent que près de la moitié de la population se compose de personnes entre ces deux âges; cependant le nombre des calculeux appartenant à cette époque de la vie, comme le montrent les registres de l'hôpital de Norwich, n'est pas le tiers du nombre total.

L'examen des registres de Norwich et de Londres fait

voir que la disposition aux maladies calculeuses est presque aussi grande pendant les dix premières années de la vie que dans tout le reste de la vie; et si l'on résume les cas fournis par Norwich et par Londres, en excluant ceux des comtés voisins, on trouve autant de calculeux au-dessus de 14 ans qu'au-dessous de cet âge; ce qui prouve que la proportion des enfans atteints de cette maladie est plus grande dans les villes que dans les campagnes.

Quant à la mortalité résultant de l'opération de la taille, le nombre des morts, à l'hôpital de Norfolk et de Norwich, a été de 89, c'est à-dire de 1 sur 7,29; mais en raison des améliorations apportées dans le procédé opératoire, et du talent des chirurgiens de cet hôpital, cette proportion s'est réduite à 1 sur 8,42; ce qui ne diffère que fort peu des résultats obtenus par Chéselden, qu'on évalue ordinairement à 1 sur 10 et demi, mais que M. Yelloly, par diverses considérations qui paraissent très-justes, ramène à 1 sur 8,6. Une chose très-importante à remarquer dans ce calcul, c'est que, dans l'enfance, la mortalité résultant de la lithotomie est beaucoup moindre que dans l'âge adulte; jusqu'à 14 ans, la proportion des morts n'est que de 1 sur 14 et demi, et au-dessus de cet âge elle s'élève à 1 sur 5 et demi. Entre 14 et 40 ans, elle est de 1 sur 10 et demi, et après cette dernière époque elle va jusqu'à 1 sur 3 trois-quarts. Les tableaux suivans, dressés par M. Yelloly, présentent le nombre des opérations pratiquées à l'hôpital de Norwich et de Norfolk, ainsi que la proportion relative de la mortalité aux différentes époques de la vie.

	Opérations.	Guéris.	Morts.	Proportion de la mortal.
Des deux sexes......	649......	560......	89.....	1 sur 7,29.
Hommes............	618......	531......	87.....	1 sur 7,1.
Femmes............	31......	29......	2.....	1 sur 15,5.

Opérés des deux sexes.

	Opérés.	Guéris.	Morts.	Proportion de la mortal.
Au-dessous de 14 ans.	292......	272......	20.....	1 sur 14,6.
De 14 et au-dessus...	357......	288......	69.....	1 sur 5,17.
De 14 à 40 ans......	155......	140......	15.....	1 sur 10,33.
De 40 et au-dessus...	202......	148......	54.....	1 sur 3,74.
De 14 à 50 ans......	196......	171......	25.....	1 sur 7,84.
De 50 et au-dessus...	161......	117......	44.....	1 sur 3,56.
Au-dessous de 16 ans.	317......	294......	23.....	1 sur 13,78.
De 16 ans et au-dessus.	332......	266......	66.....	1 sur 6,03.

Age.	Opérés.	Guéris.	Morts.	Proportion de la mortal.
Au-dessous de 10 ans.	255......	237......	18.....	1 sur 14,16.
De 10 à 14..........	37......	35......	2.....	1 sur 18,5.
De 14 à 20..........	62......	55......	7.....	1 sur 8,85.
De 20 à 30..........	47......	42......	5.....	1 sur 9,4.
De 30 à 40..........	46......	43......	3.....	1 sur 15,33.
De 40 à 50..........	41......	31......	10.....	1 sur 4,1.
De 50 à 60..........	92......	69......	23.....	1 sur 4,0.
De 60 à 70..........	63......	43......	20.....	1 sur 3,15.
De 70 à 80..........	6......	5......	1.....	1 sur 6,0.

On croit généralement que le volume de la pierre contenue dans la vessie a une influence marquée sur la mortalité plus ou moins grande résultant de l'opération de la taille, parce que plus le calcul est gros, plus il offre de difficultés pour son extraction, et plus on est en danger de léser les organes circonvoisins. Les observations de M. Yelloly viennent pleinement confirmer cette opinion. Sur 52 calculeux adultes taillés à l'hôpital de Norwich, et qui portaient des pierres de deux onces et plus, 31 moururent, ce qui fait près de 2 sur 3; tandis que sur 282 malades, aussi adultes, dont les pierres étaient d'un poids au-dessous de deux onces; il n'en mourut que 37 des suites de l'opération, ou un peu moins de 1 sur 7. On voit donc combien il est important pour le succès de l'o-

pération de la pratiquer de bonne heure, avant que le calcul ait pu acquérir un grand volume; et, d'un autre côté, que, si la pierre est trop grosse pour pouvoir être facilement extraite par les incisions ordinaires, il est nécessaire d'employer les moyens et instrumens convenables pour diminuer son volume et rendre sa sortie facile.

M. Yelloly est porté à croire que la cause la plus ordinaire de l'issue funeste de l'opération de la taille, en faisant abstraction de l'influence de la grosseur du calcul, est la secousse produite dans la constitution par l'opération elle-même. Un fait remarquable qui fait voir que la proportion de la mortalité de cette opération a une tendance générale à rester la même, est cité par M. Yelloly: c'est que des deux lithotomistes contemporains les plus distingués de l'Angleterre, MM. Rigby et Martineau, le premier n'a perdu que trois malades sur les 50 premiers qu'il a opérés, ou 1 sur 16 2/3, et 12 sur les 50 derniers, c'est-à-dire 1 sur 4 3/4, ce qui donne un terme moyen de 1 sur 7; le second, au contraire, a perdu 11 malades sur les 50 premiers opérés, ou 1 sur 4 1/2, et seulement 6 sur les 97 autres, ou 1 sur 16 1/6, terme moyen un peu moins de 1 sur 8. M. Martineau attribue ce succès à l'emploi du bistouri, qu'il a substitué au gorgeret pour diviser le col de la vessie. Le gorgeret ne lui sert plus que pour conduire les tenettes.

Les récidives des maladies calculeuses ne sont pas fréquentes; les registres de l'institution de Norfolk et de Norwich ne présentent que quatorze exemples, sur le nombre total des opérations, d'individus taillés deux fois, savoir: 3 au-dessous de 14 ans, et 9 au-dessus de cet âge; l'âge des deux autres n'est pas indiqué. Dans quatre cas, la formation de la seconde pierre eut lieu dans la même année; dans cinq autres, la maladie reparut au bout de deux ans; dans trois autres, au bout de trois ans; et dans

les deux derniers, l'opération ne devint nécessaire qu'après sept et dix ans. Dans les cas de rechute, la pierre nouvelle n'est pas nécessairement de la même nature chimique que la première. M. Yelloly cite plusieurs exemples remarquables de cette variabilité de composition.

Quant à la fréquence relative de la pierre dans les classes élevées et dans les classes inférieures, il est très-difficile d'arriver à cet égard à des résultats d'une exactitude incontestable. Tout ce qu'on sait, c'est que, d'après la pratique de M. Martineau et celle de M. Trye, la proportion des calculeux parmi les gens riches, comparée à celle des pauvres, est comme 1 est à 11, terme que M. Yelloly regarde comme ne s'écartant pas beaucoup de la vérité.

L'auteur examine ensuite la question de savoir quelle influence peuvent avoir sur la formation de la pierre les alimens, les boissons, le sol ou les habitudes, et il avoue qu'il est très-difficile de rien dire de positif à cet égard. La fréquence des maladies calculeuses dans le comté de Norfolk, plus grande bien évidemment que dans aucun autre, pourrait sembler, au premier abord, dépendre de l'usage habituel, parmi le peuple, d'alimens farineux et mal préparés; mais en Écosse et dans le nord de l'Angleterre, on emploie depuis bien long-temps des alimens de même nature, et pires encore, tels que le seigle, l'orge, l'avoine, les pois, etc., et l'on n'observe pas les mêmes effets. On a cru aussi que les comtés où le cidre est la boisson habituelle offraient plus de calculeux; mais on a reconnu que c'était une erreur. Cependant, il doit exister quelque cause qui influe sur la fréquence plus ou moins grande de la pierre dans les diverses localités; mais on n'a pas encore levé le voile qui la couvre. Quoi qu'il en soit, M. Yelloly pense que la seule conclusion positive qu'on puisse tirer des faits connus, c'est que la

tendance aux maladies calculeuses est plus grande dans les villes que dans les campagnes.

Le tableau suivant donne le rapport des maladies calculeuses avec la population dans les cas examinés par l'auteur.

Lieux.	Population.	Nombre des calculeux.	Pour un an.	Proportion.
Norwich........	50,000.	128 en 56 ans.	2,28.	1 sur 21,000 hab.
Norfolk y compris Norwich........	351,000.	275 en 56 ans.	10,26.	1 sur 34,000
Id. exc. Norwich..	301,000.	447 en 56 ans.	7,98.	1 sur 38,000
Suffolk..........	234,000.	».........	5,26.	1 sur 44,000
Norfolk et Suffolk y comp. Norwich.	585,000.	».........	15, 5.	1 sur 37,000
Norfolk et Suffolk excepté Norwich.	635,000.	».........	13,33.	1 sur 41,000
Londres.........	1,200,000.	».........	31, 0.	1 sur 38,000
Comtés adjacens.	1,200,000.	».........	16, 0.	1 sur 76,000
Anglet. et Galles.	12,000,000.	».........	111, 0.	1 sur 108,000
Anglet. et Galles, excepté Norfolk et Suffolk......	11,415,000.	».........	95, 5.	1 sur 118,000
Anglet. et Galles, excepté Norfolk, Suffolk, Londres et les comtés adjacens	9,015,000.	».........	49, 0.	1 sur 188,000
Idem. Individus de 14 à 50 ans......	4,134,000.	».........	14, 7.	1 sur 280,000
Bristol et ses faub.	87,000.	173 en 82 ans.	2, 1.	1 sur 41,000
Comté de Bristol..	750,000.	181 en 82 ans.	2, 2.	1 sur 340,000
Écosse...........	2,000,000.	».........	8, 0.	1 sur 250,000
Dundee..........	30,000.	26 en 36 ans.	0,86.	1 sur 41,300

Quelle est la composition des divers calculs urinaires, et quelle est la proportion de ceux de chaque espèce? Telle est la question que M. Yelloly a cherché à résoudre. Les recherches sur ce point important ont été faites sur les pierres qui composent la collection de l'hôpital de Norwich, la plus nombreuse peut-être qui existe, et dont le nombre s'élevait, à la fin de 1828, à 650. La totalité de ces pierres n'a cependant pas été soumise à l'analyse;

il n'y a eu que celles qui étaient divisées artificiellement ou brisées par la pression de la tenette, et dont le nombre était de 330 environ. Les autres étant entières, n'ont pu fournir que des notions extrêmement vagues sur leur composition. Le tableau suivant présente les résultats de ces recherches.

Calculs formés d'un seul dépôt.

Calculs d'acide urique	81
—— d'urate d'ammoniaque	20
—— d'oxalate de chaux	20
—— de phosphate de chaux	4
—— de phosphate ammoniaco-magnésien avec le phosphate de chaux. (Calculs fusibles)	37

Calculs formés de deux dépôts.

Calculs d'acide urique et d'urate d'ammoniaque	37
—— —— et d'oxalate de chaux	11
—— —— et de phosphate triple	10
—— —— et de phosphate de chaux	2
—— d'urate d'ammoniaque et d'acide urique	2
—— —— et d'oxalate de chaux	25
—— —— et de phosphate triple	14
—— —— et de phosphate de chaux	1
—— d'oxalate de chaux et d'acide urique	10
—— —— et d'urate d'ammoniaque	2
—— —— et de phosphate triple	15
—— —— et de phosphate de chaux	3
—— de phosphate triple et de phosphate de chaux	2

Calculs formés de trois dépôts.

D'acide urique, de phosph. de chaux et de phosph. triple	2
—— d'oxal. de chaux et de phosphate de chaux	1
—— —— et d'urate d'ammoniaque	2
—— —— et d'acide urique	4
—— d'urate d'ammoniaque et d'oxalate de chaux	2
—— d'oxalate de chaux et de phosphate triple	1
D'urate d'ammoniaque, d'oxal. de chaux, et de phosph. triple	3
—— —— et d'acide urique	8
—— de phosphate de chaux et d'urate d'ammoniaque	1
—— d'acide urique et de phosphate triple	2
D'oxalate de chaux, d'acide urique et d'urate d'ammoniaque	1
—— —— et d'oxalate de chaux	1
—— —— et de phosphate triple	2

Calculs formés de quatre dépôts ou plus.

D'urate d'ammoniaque, d'oxal. de chaux, d'acide urique et de phosphate triple	1
D'oxalate de chaux, d'acide urique, d'oxalate de chaux et de phosphate triple	1
D'urate d'ammoniaque, d'oxal. de chaux, de phosphate de chaux, d'oxalate de chaux et d'urate d'ammoniaque	1
Total	328

On voit par ce tableau que la moitié à-peu-près des pierres de la collection qui ont été examinées, n'est composée que d'une seule substance, et que les autres sont formées de couches alternatives plus ou moins nombreuses, formées de presque toutes les substances qui entrent dans la composition des calculs urinaires de l'homme. Les calculs d'acide urique forment un tiers de ceux qui ont été analysés dans la collection de Norwich, et si l'on ajoute à ce nombre ceux dont le noyau est formé par l'acide urique ou par l'urate d'ammoniaque, on arrivera à ce curieux résultat, que 238 sur 328, c'est-à-dire près des trois quarts de la totalité, sont de cette nature. Ce résultat est semblable à celui qui a fourni l'examen chimique d'autres collections. Ainsi, sur 187 calculs analysés par le docteur Henry, 158, ou les 5/6, étaient formés d'acide urique, ou avait un noyau de cet acide. A l'hôpital de Cambridge, la proportion est de 27 sur 41; et dans la collection de Leyde, elle est de 38 sur 49, ou des 3/4. Ces faits prouvent que, quelles que soient les différences de sol, de climat et de manière de vivre qui distinguent chaque pays, le résultat général est partout le même, c'est-à-dire une tendance à la formation de calculs composés d'acide urique ou de ses combinaisons.

Quoique les pierres composées d'oxalate de chaux offrent ordinairement une forme tuberculaire (calculs mu-

raux), ce sel se dépose quelquefois sous la forme d'un cristal d'une belle couleur d'ambre, ou blanc, transparent et d'une figure octaédrique un peu aplatie. La collection de Norwich contient vingt exemples de cette espèce de calculs.

Le docteur Yelloly a encore constaté la présence du carbonate de chaux dans les calculs formés de phosphate de cette base; ce qui a été confirmé par les recherches de MM. Prout, Proust, Gilby de Clifton et Smith de Bristol.

Tels sont les faits principaux contenus dans le mémoire de M. Yelloly; nous avons cru devoir les faire connaître à nos lecteurs, car ils nous semblent très-propres à jeter quelque jour sur l'étiologie des maladies calculeuses, et à fournir d'utiles applications pratiques. Il serait, suivant nous, très-important de faire pour la France un travail semblable. Les registres des hôpitaux fourniraient des données précieuses.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

PHÉNOMÈNE PHYSIOLOGIQUE PRODUIT PAR L'ÉLECTRICITÉ; *par M. Marianini, professeur à Venise.* — Dans un précédent mémoire, M. Marianini a examiné les secousses qu'éprouvent les grenouilles au moment où elles cessent de former l'arc de communication entre les pôles d'un électromoteur; il a fait connaître la différence qui existe entre les contractions produites par l'action immédiate de l'électricité sur les muscles, qu'il a nommées *contractions idiopathiques*, et celles qui dépendent de l'action que l'électricité exerce sur les nerfs qui président aux mouvemens des muscles, et qu'il désigne sous le nom de *sympathiques*. Cette différence consiste en ce que les contractions idiopathiques ont lieu quelle que soit la direction dans laquelle le courant électrique traverse les muscles; tandis que

les contractions sympathiques ne se manifestent que quand le courant qui traverse les nerfs est dirigé dans le sens de leurs ramifications. De là, on peut déduire le principe que si un courant électrique traverse un membre d'un animal, les deux secousses auront lieu en même temps si le courant suit la direction des nerfs, et que la contraction idiopathique seule se manifestera si l'électricité marche en sens contraire; les contractions devront donc être plus fortes dans le premier cas que dans le second. Les expériences suivantes viennent confirmer ce résultat.

« Si l'on met la main droite, dit l'auteur, en communication avec le pôle positif d'un appareil électromoteur, et la gauche avec le pôle négatif, et que les deux communications soient établies de telle sorte que le courant passe avec autant de facilité d'un côté que de l'autre, l'on ressent, chaque fois que le circuit est fermé, une contraction dans les deux bras, mais plus forte dans le gauche que dans le droit, *et vice versâ*, si l'on dirige le courant en sens inverse.

« Si l'on fait communiquer l'une des deux mains avec le pôle positif, et l'un des pieds avec le pôle opposé, l'électricité parcourt les nerfs dans le sens de leurs ramifications, dans la jambe et non dans le bras; aussi la contraction est-elle beaucoup plus forte dans la jambe, où elle est à la fois idiopathique et sympathique, que dans le bras, où elle n'est qu'idiopathique.

« La même chose a lieu lorsqu'on fait passer l'électricité de l'épaule à la main, d'un pied à l'autre, de la cuisse au pied, etc. Cette différence dans la force de la secousse, suivant que le courant marche dans un sens ou dans un autre, est plus grande chez quelques personnes, surtout chez les paralytiques, que chez d'autres. J'ai observé, en électrisant un homme atteint d'hémiplégie, qu'en faisant passer le courant d'une pile de quatre-vingt paires de la main à l'épaule, les muscles du bras éprouvaient une contraction à peine sensible à la même place où ils en ressentaient une très-forte, si le courant allait de l'épaule à la main.

« Chez quelques individus paraplégiques, j'ai constaté que cette différence de contraction n'avait lieu que dans un membre. Une femme qui avait perdu l'usage des membres inférieurs et la faculté de les étendre, à la suite d'une inflammation de la moelle épinière, sentait son pied gauche se contracter avec plus de force lorsqu'il communiquait avec le pôle négatif; tandis que le pied droit se contractait toujours avec la même force, quel que fût le pôle avec lequel il était en rapport.

« Si l'on plonge un doigt jusqu'à la seconde phalange dans une tasse d'eau où se trouve le pôle positif d'une pile de 25 à 30 paires, et

que l'on complète l'arc en touchant le pôle négatif avec un cylindre conducteur que l'on tient de l'autre main, également mouillée, on éprouve dans le doigt une secousse qui ne s'étend que jusqu'à la seconde phalange; si l'on renverse le sens du courant, la secousse se fera sentir jusqu'à la troisième phalange. Si l'on étudie avec attention la nature de ces secousses, l'on reconnaît que la première est plus extérieure et accompagnée d'une sensation qui est même un peu douloureuse; tandis que la seconde est plus profonde et n'est suivie d'aucune sensation à la place où l'eau est en contact avec le doigt. »

M. Marianini pense que, dans le second cas, la secousse est plus forte, parce qu'elle est le résultat des secousses idiopathiques et sympathiques; et que, dans le premier, elle est plus faible et accompagnée d'une sensation, parce que la portion d'électricité qui suit la direction des nerfs marche en sens contraire de leurs ramifications, et produit ainsi une sensation au lieu d'une contraction.

En saisissant deux cylindres métalliques recouverts d'un linge mouillé et communiquant avec les pôles d'une pile de 30 ou 40 paires médiocrement active, on éprouve, outre les secousses, chaque fois que le circuit est complet, une sensation particulière dans la paume de la main, qui est en rapport avec le pôle positif. Cette sensation est analogue à ce frémissement qu'on ressent souvent aux extrémités lorsqu'on a eu pendant quelque temps les nerfs comprimés.

Ces faits nous semblent dignes d'un examen plus approfondi; ils pourront fournir des notions utiles sur l'action de l'électricité et sur son emploi médical. (*Bibliothèque universelle de Genève*, décembre 1829.)

Gravelle attribuée a la foudre. — *Observation par le docteur Ristelhueber.* — La foudre étant tombée sur une aile de la caserne de Montélimart, trois soldats en furent atteints et éprouvèrent à la suite divers accidens qui, tous, furent combattus avec plus ou moins de succès; mais, plus tard, ces trois militaires présentèrent des symptômes d'irritation vers la vessie, et l'un d'eux étant mort après avoir eu un membre sphacélé, on trouva des graviers dans sa vessie. Les deux autres sont également atteints de gravelle, et jamais, avant l'accident dont ils ont failli devenir victimes, ils n'avaient été affectés de cette maladie. Le docteur Ristelhueber demande si cet état de la vessie chez les trois individus en question est un effet du hasard, ou s'il est le résultat du trouble produit par l'effet de la foudre? (*Journal de la Société des Sciences du Bas-Rhin*, n.° 1, p. 84.)

Cause de l'oppression de poitrine dans l'action de monter. — Le D.r Goebel pense que l'oppression de poitrine qu'on éprouve en montant sur une montagne, reconnaît pour cause la flexion plus grande et continue de l'articulation coxo-fémorale, flexion par laquelle les

viscères contenus dans la cavité abdominale sont refoulés en haut vers le diaphragme, d'où résulte un rétrécissement proportionné de la cavité thoracique, et, par suite, la gêne de la respiration. Dans les autres états pathologiques, tels que la gestation, l'hydropisie ascite, l'hypertrophie du foie, l'accumulation considérable de graisse dans l'abdomen, etc., le thorax est également plus ou moins rétréci, et il en résulte une gêne de la respiration analogue à celle éprouvée par une personne montant sur un plan incliné. Si l'on monte à reculons, ce qui d'ailleurs est très-fatigant, l'oppression n'est plus éprouvée, mais aussi, dans ce cas, la flexion des cuisses n'a pas lieu; au contraire, si, en marchant sur un plan horizontal, on fléchit fortement le corps sur les cuisses, la gêne de la respiration ne tarde pas à se faire sentir. (*Heidelberg, klinische Annalen*, t. V, p. 70.)

Cas de développement inégal des deux fœtus dans une grossesse double. *Observation par le docteur Marye.*

La nommée Bertier, âgée de 32 ans, enceinte pour la quatrième fois, se rendait à la maison d'accouchement le 2 juin, lorsqu'elle fut prise de douleurs d'enfantement dans la rue de l'Oursine. Elle fut portée chez M.me Dumont, sage-femme, rue de l'Oursine, N.° 56. La poche des eaux faisait saillie à la vulve, bientôt les eaux s'écoulèrent, et la tête s'engagea. Une nouvelle poche se présenta, elle fut percée par la sage-femme, et il s'en écoula une assez grande quantité d'une eau verdâtre, mais sans aucune odeur fétide, et la femme Bertier accoucha d'un enfant du sexe masculin, au terme de neuf mois de conception, bien conformé et très-fort. Cet enfant existe, et il est placé à la Maternité. Au bout d'un quart-d'heure la sage-femme, après avoir exercé quelques tractions sur le cordon, et pratiqué des frictions sur la région hypogastrique, fit sortir le placenta, et dans le même instant une nouvelle quantité d'eau et un second enfant du sexe féminin, à cinq mois environ de conception, ainsi que le placenta, furent rejetés en bloc par l'utérus revenu sur lui-même. Ce fœtus, bien conformé, contenu dans une poche faite exprès pour lui, n'ayant aucune communication avec celle du premier enfant, ne présentait aucune trace de putréfaction, et le lendemain on pouvait soulever le placenta à l'aide du cordon. Quoique l'on vît bien, à l'affaissement des os qui concourent à la formation de la tête et à la mollesse des articulations, qu'il avait dû cesser d'exister depuis long-temps, on ne pouvait cependant mieux le comparer qu'à un fœtus conservé dans l'alcohol. La femme Bertier est donc accouchée de deux enfans de sexe différent, dont l'un a parcouru toutes les phases de la gestation, tandis que le développement du second s'est arrêté entre le quatrième et le cinquième mois, ou bien a commencé plus tard. (*La Lancette*, 15 juin 1830.)

Pathologie.

Apoplexie nerveuse, sans altération appréciable quelconque du cerveau ou de ses dépendances. — *Obs. recueillie à la Clinique de M. Lobstein, à Strasbourg.* — François Chabrat, âgé de 28 ans, chaudronnier, doué de formes athlétiques et d'un tempérament sanguin, était sujet, depuis six mois, à des maux de tête, à des vertiges, lorsque, le 5 avril, après avoir pris une tasse de café, dans la vue de dissiper un de ses accès de céphalée, il perdit subitement connaissance, et fut bientôt après frappé de paralysie des extrémités. Pendant trois jours il ne reçut d'autre secours que l'application de quelques sangsues aux tempes. Le 8, il fut transporté à la Clinique interne, et présenta à la visite de ce jour les symptômes suivans : abolition complète de toutes les fonctions de relation; face rouge; pouls fréquent (126 pulsations) et déprimé; respiration précipitée, avec râle muqueux; yeux fermés, ne s'ouvrant que par intervalles d'une manière convulsive, et laissant apercevoir alors la pupille contractée; membres paralysés, agités quelquefois par une contraction légère, instantanée. Avec un pareil ensemble de symptômes, le diagnostic n'était pas difficile; on avait affaire à une apoplexie sanguine. Le traitement fut établi en conséquence. (*Saignée de deux livres; sinapismes aux extrémités; embrocations froides de Schmucker sur la tête.*) La saignée parut produire quelque amendement; le malade sembla revenir à lui pour un instant, mais il retomba bientôt dans son premier état, et son insensibilité fut telle qu'il ne sentît pas même les sinapismes. Le 9 avril, coma profond; respiration stertoreuse; pouls toujours fréquent, mais petit; plus de mouvemens dans les membres; les yeux restent constamment fermés. (*Même médication.*) Dans la journée, selles et urines involontaires. Mort pendant la nuit. — *Autopsie trente-six heures après la mort.* — On s'attendait à trouver quelque désordre grave dans le cerveau; mais l'examen le plus scrupuleux ne put faire découvrir la moindre altération dans l'organe cérébro-spinal ni dans ses dépendances. Rien dans sa texture, sa consistance, sa couleur ou ses rapports, qui pût faire présumer seulement une irritation ou une fluxion vers cet organe. Ceux des autres cavités, sans exception, furent également trouvés sains.

Après quelques réflexions qui paraissent avoir pour but de reprocher aux médecins de notre temps de n'admettre d'autres *apoplexies* que l'hémorrhagie cérébrale, l'hydrocéphale aiguë et le coup de sang, l'auteur de cette observation ajoute la phrase suivante : « Ce fait prouve, à mon sens, qu'il est des cas où il est impossible *d'expliquer* le développement d'une maladie sans lui assigner *pour cause pro-*

chaîne un dérangement dans les propriétés vitales. » Et d'où vient cette prétention *d'expliquer* une chose sur laquelle on ne sait absolument rien ; car, assurément, on ne niera pas qu'on ne soit dans la plus profonde ignorance sur la *condition* qui a fait périr François Chabrat, après avoir aboli en lui pendant cinq jours toutes les fonctions de relation. On *n'explique pas* pourquoi un cerveau en état de santé a la propriété d'exercer et d'entretenir ces fonctions, on *n'explique pas* davantage pourquoi une hémorrhagie ou toute autre désorganisation lui enlève cette propriété : serait-on plus heureux à l'égard d'un fait dans lequel il y a très-certainement une inconnue de plus ? Mais, de bonne foi, croit-on *expliquer* quelque chose avec un dérangement dans les propriétés vitales? Qu'est-ce qu'une propriété vitale considérée comme quelque chose capable de *produire* une maladie? Dire que le dérangement et l'abolition des fonctions de l'encéphale, de sa manière de vivre, ont été *produits* par un dérangement de ses *propriétés vitales*, n'est-ce pas une logomachie qu'on ne peut comparer qu'à *l'explication* donnée par le médecin de Molière de la *propriété dormitive* de l'opium. (*La Clinique*, T. II, n.° 48.)

Cas extraordinaire d'amaurose produite par la carie d'une dent. — *Observation communiquée par M. le docteur Galenzowski, prof. adj. à l'Université de Wilna.* — F. P...., de la Russie-Blanche, âgé d'environ 30 ans, doué d'une bonne constitution et exempt de maladies, à l'exception de quelques douleurs passagères aux membres et à la tête, ressentit tout-à-coup, dans l'automne de 1825, une douleur très-forte qui, passant de la région temporale gauche, s'étendait à l'œil et à la face du même côté, et qui fut attribuée à un refroidissement subit. Cette douleur, assez aiguë, persista plusieurs jours, puis diminua et reparut ensuite de temps à autre, sans toutefois être assez forte pour engager le malade à consulter un homme de l'art. Mais deux mois plus tard environ, elle acquit brusquement une telle intensité, en occupant particulièrement l'œil, que cet organe semblait au patient être sur le point de sortir de son orbite. A cette même époque, F. P... s'aperçut que, de ce côté, il avait perdu la faculté de voir. Cette découverte l'engagea à réclamer les secours d'un médecin qui habitait le voisinage, et celui-ci lui donna des soins deux mois entiers, mais sans amélioration notable. La vue ne fut pas recouvrée ; seulement les douleurs cessèrent d'être continuelles, et, en affectant une sorte de périodicité, laissèrent quelques heures de calme dans le courant de la journée. Pendant les six mois qui suivirent, plusieurs autres médecins furent consultés et ne purent lui procurer aucun soulagement ; mais, à cette époque, les douleurs reprirent un nouveau degré de force, la joue se tuméfia, et, dans la nuit qui suivit, un écoulement de quelques cuillerées de

matière sanguinolente eut lieu par la paupière inférieure, après quoi la joue revint à son état normal, et la douleur diminua tellement, qu'elle fut à peine ressentie dans la région temporale; cependant la cécité resta complète. Trois semaines plus tard, le même écoulement reparut, et se réitéra ensuite de la même manière pendant environ six mois, durant lesquels l'état du malade fut supportable. Néanmoins, dans le cours de l'automne, et surtout de l'hiver (1826), les douleurs, surtout celles de l'œil, devinrent si violentes, que F. P... se rendit à Wilna, au commencement de 1827, dans l'intention de se faire enlever l'œil, s'il n'y avait pas d'autre moyen de le soulager.

Ayant été appelé près de lui, M. Galenzowski trouva l'œil gauche entièrement insensible à la lumière, et tout-à-fait incapable de la distinguer; la pupille était dilatée; du reste, le globe de l'œil et les paupières ne présentaient aucune altération apparente; la figure n'était point tuméfiée: le malade n'endurait pas des douleurs aussi fortes que de coutume, mais disait éprouver par instans de violens picotemens à la tempe gauche, aux parties circonvoisines de l'œil, et à la région sus-orbitaire correspondante; il montrait aussi un oreiller sur lequel des taches d'un rouge pâle avaient été produites par l'écoulement purulent de la paupière inférieure qui avait eu lieu dans la route. M. Galenzowski fixa particulièrement son attention sur cette sortie de matière purulente, et l'on ne put s'en rendre compte qu'en admettant que ce pus sortait du sinus maxillaire dans lequel il s'était accumulé en grande quantité, après quoi il s'était frayé une issue à travers la paroi supérieure de cette cavité, dans le point même où se trouve le canal sous-orbitaire. Il pensa en outre que la cécité pouvait dépendre de l'action irritante du pus ou des bords inégaux de la portion perforée et peut-être cariée de l'os sur les nerfs de la vision; et comme, d'un autre côté, il savait que la suppuration dans l'antre d'Hygmore reconnaît souvent pour cause une carie dentaire, il s'informa s'il n'y avait pas de dent gâtée, et si le mal n'avait pas débuté par des douleurs de dents. Le malade en avait une en effet, la première molaire gauche, qui se cariait depuis long-temps; mais il n'en avait que très-peu souffert durant sa maladie, et, dans ce cas même, les douleurs occasionnées par elle n'avaient jamais semblé coïncider avec celles de la tempe et de l'œil. Malgré cela, l'évulsion fut décidée, tant pour reconnaître si la carie avait ou non quelque liaison avec l'affection actuellement existante, que pour donner au pus une nouvelle issue, dans le cas où il s'en serait trouvé dans le sinus maxillaire, et changer ainsi sa direction habituelle. Cette dent fut donc enlevée, et quelle ne fut pas alors la surprise du docteur G..... et du malade, lorsqu'à l'extrémité de la racine ils aper-

çurent un petit corps irrégulier, blanc-jaunâtre, de la grosseur d'une forte épingle; ce corps, qui traversait perpendiculairement le centre de la dent, extrait à l'aide d'une pince déliée, n'était autre chose qu'une esquille de bois de trois lignes de longueur à-peu près. Probablement le malade avait introduit dans l'ouverture de sa dent cariée un cure-dent de bois (ce dont il ne se souvenait d'ailleurs aucunement); une petite esquille s'en était détachée, et ayant pénétré jusqu'à l'orifice qui existe à l'extrémité de la racine, avait exercé sur le nerf dentaire une irritation continuelle qui, delà, s'était propagée aux ramifications de la branche moyenne supérieure du nerf trijumeau, d'où l'amaurose et l'inflammation de la membrane interne qui tapisse le sinus maxillaire, inflammation suivie ensuite de suppuration. Toutefois, l'absence de douleurs dentaires coexistant avec celles de la tempe et de l'œil, pouvait faire douter encore un peu de l'exactitude du diagnostic. Un stylet porté dans l'alvéole pénétra dans le sinus, et, lorsqu'il en fut retiré, il s'en écoula quelques gouttes d'un liquide séro-purulent, preuve assurée de la suppuration qui y avait été soupçonnée. Après l'extraction de la dent et pendant l'examen qui suivit, quelques picotemens furent ressentis au-dessus de l'œil et à la tempe de ce côté, mais ils ne tardèrent pas à disparaître. La bouche fut lavée à diverses reprises avec du lait étendu d'eau tiède, pour faciliter l'écoulement du pus qui pouvait encore se trouver dans le sinus, mais il n'en sortit qu'une très-petite quantité; les douleurs cessèrent presque totalement, et, dès le soir même, l'œil malade commença à se montrer sensible à l'action de la lumière. La vue se rétablit progressivement, au point que, le neuvième jour depuis l'extraction de la dent, F. P..... voyait aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit, après une cécité de treize mois, et que le onzième jour il quitta Wilna pour retourner dans sa famille.

Le docteur Galenzowski déduit de cette observation intéressante les considérations suivantes, qu'il regarde comme méritant sur-tout de fixer l'attention :

1.° Le malade n'a pu indiquer le moment de l'introduction de l'esquille dans la cavité de la dent cariée : le contact de ce corps avec la substance nerveuse eût dû cependant déterminer, dans le premier instant, une douleur très-vive.

2.° La présence de cette esquille dans la dent, quoique n'y occasionnant presque aucune souffrance, a cependant donné lieu à des douleurs si atroces dans les rameaux plus éloignés des nerfs maxillaire supérieur et ophthalmique, et a exercé une influence si violente et si fâcheuse sur l'organe de la vue, qu'elle fut la cause immédiate de l'amaurose. Ce fait vient à l'appui des expériences par lesquelles

M. Magendie a prouvé, contre l'opinion reçue, que le nerf optique n'est pas le seul organe de la vision, et que si le nerf de la cinquième paire n'en est pas le seul moteur, il y exerce du moins une influence qu'on ne peut révoquer en doute : il confirme aussi la supposition de ce physiologiste par rapport à la source du mouvement de dilatation et de contraction de l'iris, dont le premier, suivant lui, doit être présidé par les nerfs ciliaires qui viennent du ganglion ophthalmique, et le dernier pour ceux qui naissent du nerf nasal. Chez F. P...., la pupille ayant été fortement dilatée pendant toute la durée de la maladie, on ne peut douter que ce ne soit surtout le nerf nasal qui ait été enflammé par les anastomoses du nerf maxillaire supérieur.

3.° La même cause a suffi à la production d'une suppuration dans l'antre d'Hyghmore, suppuration qui toutefois s'est bornée à la membrane muqueuse qui la tapisse, et n'a point altéré la substance de l'os, ce que prouve l'absence complète de gonflement de l'os maxillaire supérieur, et de toutes les autres altérations qui peuvent survenir en pareil cas.

4.° Le pus, accumulé dans le sinus, s'est frayé une issue peu commune par la paupière inférieure.

5.° Enfin, quoique l'amaurose fût complète et datât déjà d'assez loin, elle disparut cependant presque subitement, puisque, neuf jours après l'avulsion de la dent cariée, la vue se trouva complètement rétablie.

Effets du venin de la vipère sur l'homme et les animaux. — Le docteur Wagner, de Schlieben, a observé que le venin de la vipère paraît avoir la propriété de ramener des accidens après un nombre d'années plus ou moins considérable. A ce sujet, il rapporte l'observation d'un homme qui, ayant été mordu par une vipère au dos du pied, présenta toute la série des symptômes accoutumés en pareil cas, et en fut délivré par des sueurs abondantes. Plus de quarante ans après cet accident, ce même homme éprouva, pour la seconde fois et sans cause manifeste, les mêmes symptômes; son pied commença à se tuméfier, à partir de l'endroit où les dents de la vipère avaient pénétré autrefois; le gonflement s'étendit bientôt à tout le membre, dont la teinte devint en même temps bleuâtre; une fièvre très-forte survint, et enfin il se manifesta une suppuration profonde dans le point occupé par la cicatrice de l'ancienne morsure. L'individu se rétablit; cependant il conserva toujours une faiblesse extrême dans le membre qui avait été le siége du mal. (*Hecker's litter. Annalen der gesammten Heilkunde*; T. XIV, p. 433.)

Empoisonnemens par les feuilles et les fleurs de l'hièble. — *Observ. par le professeur Christison.* — Le 17 mai 1828, deux en-

fans jouant ensemble dans les environs d'Edimburgh, s'avisèrent de manger, l'un, des fleurs et des feuilles de l'hyèble (*sambucus ebulus*), l'autre des fleurs seulement. Le premier, nommé W. Boss, âgé de huit ans, commença, au bout d'environ deux heures, à se plaindre d'une violente colique, qui continua pendant toute la soirée, et à laquelle se joignirent de la chaleur à la peau, de l'accélération du pouls, et une sensibilité très-grande de tout le ventre à la pression. Le lendemain matin ces symptômes n'avaient nullement diminué; et le jour suivant la sensibilité de l'abdomen était tellement augmentée, que l'enfant appréhendait le moindre contact. Les coliques revenaient toutes les demi-heures plus fortes, et la bouche et l'arrière-bouche étaient très-irritées et douloureuses. Le 19 au matin, les vomissemens commencèrent; ils continuèrent pendant toute la journée à de courts intervalles, et le soir ils étaient sanguinolens. On avait administré du calomel et trois lavemens pour provoquer les excrétions alvines, mais sans effet. Le 20 au soir, cet enfant fut apporté à l'infirmerie royale, et confié aux soins du professeur Christison. A cette époque, le ventre était tendu, très-gonflé, et extrêmement sensible à la pression; le pouls était fréquent et petit, la face injectée et la langue très-nette. (*Une once d'huile de ricin, lavement émollient, vingt sangsues sur l'abdomen, bain chaud et fomentations continuelles sur le ventre.*) La saignée locale et le bain produisent un grand soulagement, et le lendemain matin, 21, la tension et le gonflement du ventre sont beaucoup diminués; le laxatif n'a pas opéré; quelques grains d'ipécacuanha, administrés à deux fois, produisent des vomissemens et plusieurs selles assez copieuses. Le ventre est encore tendu et très-douloureux; hoquets de temps en temps; douleurs d'entrailles continuelles, mais dont la violence varie; pouls présentant 140 pulsations par minutes, un peu dur; langue chargée au centre; peau assez chaude. (*Large vésicatoire sur la région épigastrique, continuation des bains chauds et des lavemens émolliens; une saignée est recommandée pour le soir si la violence des symptômes ne diminue pas.*) Le soir, amélioration très-sensible, de sorte que la saignée n'est pas pratiquée. Le 22, pouls à 108 pulsations et mou; deux selles copieuses formées de matières délayées et mêlées d'une grande quantité de petits morceaux de feuilles d'un rouge végétal. Ces fragmens étaient trop petits pour qu'on pût déterminer la plante à laquelle ils appartenaient; mais l'autre enfant, plus âgé de trois ans, interrogé et ne connaissant pas le nom de la plante dont ils avaient mangé les feuilles, en apporta une branche, que l'on reconnut pour appartenir à l'hyèble. Le mieux se soutint; le 23, cinq autres selles, mais ne contenant plus de morceaux de feuilles; le 27,

plus de douleurs dans le ventre, même à la pression; évacuations naturelles, et le 1.er juin, guérison complète.

Le second enfant, Thomas Paterson, âgé de onze ans, et qui n'avait mangé que des fleurs d'hyèble, n'éprouva aucun accident pendant tout le reste du jour; mais pendant la nuit il fut pris d'un mal de tête très-violent; le lendemain matin, en se levant, il eut des vertiges très-forts qui augmentèrent le soir au point de rendre sa démarche chancelante comme s'il eût été ivre. Un laxatif qu'on lui fit prendre produisit des vomissemens et des selles liquides; le mal de tête revint le soir plus violent, et le 29 au matin il éprouva des étourdissemens si forts, qu'il lui était impossible de se tenir debout. Tous ces symptômes disparurent graduellement pendant la journée, et le lendemain il était complètement rétabli. (*The Edinburgh. med. and surg. Journ.*, janvier 1830.)

Rupture du cœur. — Déchirure de la rate. — Nous donnons à l'observation suivante un titre différent de celui sous lequel elle a été publiée par le Journal auquel nous l'empruntons; quelques remarques que nous placerons à la suite expliqueront cette différence.

Louis Aubin, charretier, âgé de 23 ans, d'une constitution robuste et d'une bonne santé, ayant bu plus que de mesure, marchait en chancelant auprès de son équipage, lorsqu'il fut rencontré par une autre voiture qui allait en sens opposé. Ce jeune homme se trouva serré entre les deux roues sans que l'on puisse trop indiquer comment; les lésions cadavériques seules ont appris de quelle manière il avait été saisi et écrasé. Il resta étendu et sans mouvement, et fut transporté aussitôt à l'Hôtel-Dieu. Il était mort en y arrivant, et l'on ne sait au juste combien de temps il a survécu à l'accident, qui arriva le 3 mai, vers le milieu de la journée. L'autopsie pratiquée le 5 au matin, a donné lieu aux remarques suivantes. Les parties latérales et inférieures du thorax sont contuses, et plusieurs côtes gauches sont fracturées de dehors en dedans. Ces côtes sont la huitième et la neuvième. *Le fragment postérieur a été poussé en dedans avec une violence extrême* (Cette supposition, dont on verra plus loin le motif, n'est pas suffisamment prouvée par les mots qui suivent): *aussi toutes les parties molles qui l'environnent sont-elles contuses à un degré considérable.* La plèvre gauche est remplie de sang liquide. Le diaphragme est fortement déprimé en bas, et fait saillie dans l'hypochondre gauche. Le poumon est rapproché du médiastin et vide d'air. Le péricarde ne contient presque pas de sang; sa face postérieure est percée d'une ouverture horizontale, ayant près de deux pouces de largeur. Les bords de cette ouverture sont fortement ecchymosés, ce qu'il importe toujours de noter pour prouver que la lésion a été faite pendant la vie de l'individu. Le cœur, ferme et volumi-

noux, présente à sa face postérieure une plaie transversale de dix-huit lignes d'étendue. Ses bords sont irréguliers, et l'on voit que le corps vulnérant ne pouvait diviser qu'en lacérant les tissus. La plaie, située vers le milieu de la hauteur de l'organe, se trouve sur la partie moyenne de la cloison ventriculaire, qu'elle dépasse de chaque côté en empiétant sur les ventricules. Un stylet boutonné, introduit avec précaution dans les deux extrémités de la blessure, pénètre avec une égale facilité dans les deux grandes cavités de l'organe, et fait voir qu'une large voie a été ouverte tout-à-coup au sang qui a rempli la plèvre gauche. Parmi les rameaux artériels qui parcourent la face inférieure de l'organe, plusieurs assez volumineux ont été ouverts. Il est à noter que le tissu du cœur n'est pas ecchymosé comme le péricarde, ce qui tient à sa texture serrée, tandis que la membrane séreuse et le feuillet fibreux extérieur n'étant unis aux parties voisines que par un tissu cellulaire très-lâche, se laissent facilement pénétrer par le sang. Le diaphragme est intact. La rate est déchirée transversalement dans son tiers supérieur, et cette lésion a fourni un épanchement sanguin qui s'est répandu de l'hypochondre gauche dans le reste du péritoine. Tous les autres viscères de cette cavité sont en bon état.

Le Rédacteur ajoute, peut-être d'après la clinique de M. Dupuytren, les réflexions suivantes : « Une blessure comme celle que nous venons de décrire, est assurément une chose rare. En effet, il a fallu que le fragment de la côte se déplaçât d'une étrange manière pour arriver jusqu'à la face postérieure du cœur. Il a fallu aussi que le cœur se trouvât en quelque sorte pressé et rendu immobile, pour que le corps vulnérant pût le perforer avec tant de force. Ce déplacement du cœur est nécessaire pour que l'on puisse concevoir comment sa face postérieure et le bout de l'os ont pu se trouver en rapport, car dans l'état naturel cela serait impossible.... Les fractures des côtes et du sternum, quand elles ont lieu de dehors en dedans, entraînent souvent à leur suite des altérations très-graves des poumons ou des gros vaisseaux..... Mais, jusqu'à ce jour, on n'avait pas encore vu les deux ventricules ouverts à leur face postérieure *par un fragment de la neuvième côte gauche.* » Nous ajouterons à notre tour qu'on est encore à voir un pareil phénomène ; car les faits analogues que l'on possède, et qui ne sont point aussi rares que paraît le croire M. Dupuytren ou le rédacteur de la *Lancette*, et les circonstances mêmes de l'observation qu'on vient de lire, tout porte à croire que ce n'est point le fragment de la neuvième côte qui a perforé le cœur, mais que ce viscère, comme la rate, a tout simplement éprouvé une rupture. Qu'on lise pour s'en assurer, nous ne dirons pas tous les cas de semblables ruptures qu'on trouve consignés dans

les annales de l'art, ce qui serait peut-être un peu long, mais seulement ceux qui ont été rappelés par M. Dezeimeris, dans son Mémoire sur l'histoire de l'anatomie pathologique, pages 172-76 (Voy. *Archives de Méd.*, tome XXI, p. 343), et l'on y verra non-seulement des ruptures de cœur causées par des violences extérieures, qui ont à la vérité fracturé les côtes ou le sternum, mais sans qu'il soit possible de considérer la première de ces lésions comme un effet de celles-ci, mais encore des ruptures toutes pareilles, sans qu'aucun point des parois de la cavité thoracique présentât la moindre fracture. Mais sans aller chercher des preuves ailleurs, qu'on examine attentivement les circonstances du fait rapporté plus haut ; le siége de la blessure du cœur, celui de la déchirure du péricarde et sa direction, l'état du fragment postérieur de la neuvième côte, de l'énorme déplacement duquel on ne parle que par supposition, et sans autre preuve que la contusion des parties molles qui l'environnent ; l'impossibilité, soit d'un pareil déplacement, soit du retour du fragment à sa position naturelle, si une cause qu'on ne peut concevoir l'avait pu produire, et l'on sera convaincu que ce qui paraît au rédacteur de la *Lancette* une chose étonnante et sans exemple, *la déchirure de la paroi postérieure des ventricules du cœur par un fragment de la neuvième côte*, est, mieux que cela, une supposition tout-à-fait chimérique. (*Voy.* la *Lancette* du 1.er juin 1830).

Corps étranger dans le rectum, incrustation calcaire a sa surface. — *Observ. de M. Dahlenkamp, M. D.* — L'auteur fut consulté par un homme âgé de 65 ans qui, depuis deux ans, éprouvait de vives douleurs au côté droit du périnée et dans le rectum, surtout pendant l'excrétion des matières fécales, qui étaient ordinairement couvertes de pus et de sang, et qui, lorsqu'elles étaient solides, étaient applaties au lieu d'être arrondies ; les douleurs s'étendaient fréquemment vers le genou, l'hypogastre et les régions lombaires ; le malade souffrait davantage lorsqu'il fléchissait le corps en avant, il ne pouvait dormir que couché sur le ventre, et ne pouvait s'asseoir que sur un siége percé. Depuis six mois il s'était fait une ouverture fistuleuse à la fesse droite, par laquelle s'écoulait une grande quantité de liquide ichoreux et sanguinolent, et même des flatuosités. A l'époque que nous venons d'indiquer, le malade, qui jusqu'alors avait joui d'une santé parfaite, se trouvant dans une forêt chargé d'un fardeau de bois et pressé par le besoin d'aller à la selle, se mit en devoir de le satisfaire ; mais le pied lui glissa comme il était accroupi, et il tomba sur le sol, qui était recouvert de fragmens de bois de diverses formes. Il éprouva au même instant une vive douleur à l'anus et jusque dans la profondeur du rectum ; mais comme elle ne persista pas long-temps, cet homme n'y fit pas

d'attention, et ce ne fut qu'au bout de quelques semaines que la difficulté qu'il éprouvait pour rendre les matières l'engagèrent à recourir aux secours de l'art. Une première exploration ne fit rien découvrir, et on lui administra un traitement adoucissant, et surtout des laxatifs qui le soulageaient beaucoup. M. Dahlencamp, soupçonnant l'existence de quelque corps étranger, introduisit une sonde par l'ouverture fistuleuse, et la poussa jusqu'à cinq pouces de profondeur; là il heurta contre un corps solide du côté du rectum, et le doigt indicateur introduit dans l'anus rencontra un corps étranger mobile. Des pinces à anneaux conduites sur ce doigt suffirent pour en faire l'extraction, qui ne présenta de difficultés que pour le dégager des replis de la membrane muqueuse. Attiré au dehors, on reconnut un fragment de bois de chêne encore en partie couvert de son écorce, long de 4 1/2 pouces et de six lignes d'épaisseur à son extrémité supérieure, qui se terminait en pointe; l'inférieure, taillée en biseau, avait le volume d'un gros tuyau de plume. Ce corps était recouvert, dans une moitié de sa surface, d'une incrustation saline, d'un aspect brillant et argenté, régulièrement cristallisée et composée de phosphate de chaux, comme on s'en assura ensuite par l'analyse. L'emploi de lavemens émolliens et un bon régime suffirent pour rétablir la santé générale du malade; les douleurs disparurent complètement, et il ne resta plus que la fistule, qu'il n'a pu se décider à faire opérer. (*Heidelberg Klinische Annalen*. 1er cahier, 1829.)

Guérison spontanée d'un anus contre-nature formé a la suite de l'étranglement et de la gangrène d'une hernie. — *Obs. communiquée par M. Debourge, chirurgien à Rollot* (Somme). — Appelé le 14 janvier 1830, pour donner des soins à Mlle M... d'A..., je la trouvai en proie aux symptômes d'un étranglement herniaire. Cette Demoiselle âgée de 48 ans, d'une forte constitution et encore régulièrement menstruée, est, en effet, sujette depuis près de deux ans, à une hernie crurale du côté droit, dont la cause fut l'action de soulever un lourd fardeau, et pour laquelle elle négligea l'emploi du bandage herniaire. Il y a six mois elle réclama mes soins pour une circonstance semblable à celle qui l'a fait me demander aujourd'hui. En m'enquérant des commémoratifs de l'accident, j'appris que la veille cette Demoiselle parcourait un chemin montueux et presqu'entièrement couvert de glace, sur lequel tout-à-coup elle fut prise de douleurs abdominales tellement violentes, que force lui a été d'attendre que l'on vînt à son secours et qu'on la transportât chez un meûnier dont la demeure se trouve près de l'endroit où cet accident venait de lui arriver. Des vomissemens réitérés accompagnés de coliques violentes, des angoisses inexprimables, qui, à chaque instant,

Thérapeutique.

EMPLOI DE L'ACIDE PYRO-LIGNEUX CONTRE LA GANGRÈNE, LES ULCÈRES ET LES FONGUS HÉMATODES; *par T. Y. Simons, M. D., président de la Société de Médecine de la Caroline du Sud.* — L'auteur assure que, depuis 1824, il a constamment fait usage de ce médicament dans le traitement de diverses maladies extérieures, et toujours avec le plus grand succès. Voici comment il l'a employé : « Il y a, dit-il, dans les pharmacies deux sortes d'acides pyro-ligneux; l'un transparent, et lorsqu'on l'agite, laissant voir de petits cristaux flottans; l'autre, fuligineux et d'une couleur foncée; tous deux ont une odeur empyreumatique; le premier est le seul que j'emploie; il est de beaucoup supérieur à l'autre. Lorsque j'essayai d'abord l'emploi de ce remède, je l'étendis de six fois son poids d'eau; mais depuis je l'ai employé étendu de moitié d'eau seulement, en ayant soin de l'affaiblir de plus en plus à mesure que la plaie prend un meilleur aspect, jusqu'à ce qu'il soit réduit à un vingt-quatrième. L'application de l'acide pyroligneux doit toujours causer une cuisson assez vive. La meilleure manière de l'employer est d'en imbiber des plumasseaux de charpie, qu'on doit entretenir toujours humides et changer deux ou trois fois par jour. Sous l'influence de ce médicament l'ulcère ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus de bonne nature; mais si l'acide est trop concentré, la surface ulcérée devient blanche et présente l'aspect d'une escarrhe. » L'auteur rapporte ensuite trois observations qui tendent à prouver l'efficacité de ce médicament.

Obs. I.re — William Smith fut amené à l'hôpital le 9 mai 1829 pour y être traité d'un *delirium tremens*. Comme il était convalescent de cette maladie, on aperçut à la partie antérieure de la jambe droite une tache noire qui occupait environ les deux tiers de l'espace qu'avait recouvert un vésicatoire qu'on avait appliqué avant son entrée à l'hôpital. L'existence de la gangrène dans ce point n'était pas douteuse, et malgré l'emploi de cataplasmes de poudre de quinquina, de sulfate de quinine, uni à l'acide sulfurique à l'intérieur, ainsi que du camphre et de l'opium, elle fit en deux jours des progrès si rapides, que plusieurs personnes furent d'avis de pratiquer immédiatement l'amputation du membre; mais avant d'en venir à cette extrémité, M. Simons résolut d'essayer l'emploi de l'acide pyroligneux. Il fit, en conséquence, des incisions transversales et longitudinales dans l'épaisseur de l'escarrhe, et il appliqua sur toute la surface gangrénée de la charpie imbibée de cet acide, étendu de la moitié de son poids d'eau; en même temps on continua le traitement général indiqué précédemment. Au bout de vingt-quatre heures, une ligne

de démarcation bien tranchée s'était établie autour de la partie frappée de gangrène, et au bout du même espace de temps une bonne portion de l'escarrhe commençait à se détacher des parties saines. Sept jours après le commencement de ce traitement, tout l'escarrhe était tombé, et il ne restait à sa place qu'une plaie vive et d'un bon aspect. Le 26 septembre, la cicatrisation de cette vaste surface ulcérée était parfaite.

Obs. II.e — Edward Campbell entra à l'hôpital le 24 août 1829, pour se faire traiter d'une vaste ulcération gangréneuse qui provenait d'une contusion qu'il s'était faite à la jambe, et qu'il avait négligée depuis plusieurs mois. La plaie, profonde, irrégulière, à bords dentelés, s'étendait depuis l'extrémité inférieure du tibia jusqu'à ses deux tiers supérieurs, et laissait à nu une portion de cet os, qui paraissait frappée de carie, et le tendon du muscle extenseur commun des orteils. L'odeur que répandait cette ulcération était si désagréable, qu'on fut obligé de placer le malade dans un lieu séparé. Le malade, en proie à la fièvre hectique, était dans un état d'affaiblissement et de maigreur extrême, et on ne pouvait entretenir le moindre espoir de conserver le membre. Mais afin de fortifier un peu le malade avant de pratiquer l'opération, M. Simons lui fit administrer, comme toniques et antiseptiques, le sulfate de quinine, l'acide sulfurique, l'opium et le camphre, et il appliqua à la surface de la plaie l'acide pyroligneux, uniquement pour corriger la mauvaise odeur. En effet, après deux jours de l'emploi de ces moyens, l'odeur fétide avait complètement disparu; au bout de dix jours, l'aspect de la plaie était devenu beaucoup meilleur, on détacha sans difficulté une grande partie de l'os nécrosé, et le quatorzième jour on détacha une portion considérable du tendon de l'extenseur commun des orteils. Depuis ce moment la plaie parut tendre à la guérison, et se couvrit de bourgeons charnus d'une bonne nature. L'amélioration continua à faire des progrès rapides pendant quelque temps, mais le malade ayant un jour tenu sa jambe pendante, la gangrène reparut, et il se forma une large escarrhe qui augmenta pendant trois jours, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on eut repris l'usage de l'acide pyroligneux, dont on avait manqué. On avait essayé de le remplacer par celui de couleur brune, mais sans en obtenir aucun effet. Vingt-quatre heures après cette nouvelle application, la gangrène était bornée, et au bout de huit jours la plaie était tout-à-fait nettoyée. L'emploi de l'acide fut continué sans interruption jusqu'au 7 novembre; à cette époque, la cicatrisation était presque complètement achevée.

Obs. III.e — Charles Belton, adonné à la boisson, fut admis à l'hôpital le 13 septembre 1829. Il portait au pouce du côté gauche

un gonflement considérable d'une couleur rouge et très-douloureux. On y appliqua pendant trois jours des cataplasmes émolliens ; mais l'inflammation augmenta ainsi que la douleur et la tuméfaction, et M. Simons y découvrit une fluctuation manifeste, ce qui l'engagea à faire une large incision sur la tumeur, vers l'articulation de la seconde phalange du pouce, point où elle semblait devoir s'ouvrir spontanément. Il s'en écoula très-peu de matière purulente, mais une assez grande quantité de sang ; l'hémorrhagie continua toute la nuit, et le malade perdit à peu-près deux livres de sang. Le lendemain, la plaie avait tout-à-fait l'aspect d'un fongus hématodes ; elle était entièrement recouverte par une végétation fongueuse, en forme de champignon, rouge, d'une apparence toute vasculaire, et laissant suinter le sang de toute sa surface. Un changement si brusque et si redoutable ne laissait guère d'autre espoir de guérison que dans l'ablation du pouce. Cependant, M. Simons, quoiqu'il n'eût aucune espérance de succès, résolut d'essayer l'acide pyroligneux, qu'il fit aussitôt appliquer. Au bout de deux jours, l'hémorrhagie avait cessé complètement ; et quinze jours après, la plaie avait perdu son caractère fongueux. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent et l'application méthodique de bandelettes agglutinatives complétèrent la guérison. Le malade sortit de l'hôpital le 25 octobre.

L'auteur, en terminant cette note, dit qu'il aurait pu rapporter un plus grand nombre d'observations de guérisons obtenues par l'emploi de l'acide pyroligneux ; mais qu'il a pensé que les trois précédentes suffisaient pour engager les praticiens à faire l'essai de ce médicament, qui, dans son âme et conscience, lui paraît avoir puissamment contribué à des guérisons désespérées dans des cas qui ne laissaient guère de chance que dans l'amputation. Puis il ajoute : « Pendant l'épidémie de fièvre jaune qui régna en 1824 à Charlestown, j'ai employé l'acide pyroligneux convenablement étendu à l'intérieur pendant la période du vomissement noir, mais sans en retirer aucun avantage. Je ne doute pas cependant qu'il ne soit très-utile dans les cas de maux de gorge gangréneux, employé comme gargarisme ; et je crois qu'on ferait bien de l'essayer contre les cancers ulcérés. » (*The American Journal of the Med. Sciences*. Février 1830.)

EMPLOI DU SUBLIMÉ CORROSIF EN BAINS; *par M. Wedekind*. — L'emploi des bains de sublimé, dont on ne fait que très-rarement usage en France, a été, à ce qu'il paraît, proposé il y a environ quarante ans, par M. de Wedekind, qui, depuis cette époque, les a mis en usage un très-grand nombre de fois et avec beaucoup d'avantages. Voici les faits principaux contenus dans le mémoire qu'il a lu sur ce sujet à la réunion des savans qui a eu lieu l'année dernière

à Heidelberg. Ces bains doivent être pris à la température de 27° à 35° centigrades; il vaut mieux que le malade trouve d'abord l'eau trop froide que trop chaude. A l'instant où il veut y entrer, on y verse une dissolution d'une demi-once de sublimé corrosif; et pour rendre la solubilité de ce sel plus grande, on peut y ajouter une quantité égale de muriate d'ammoniaque, d'après la formule suivante : ℞ muriate d'ammoniaque, deuto-chlorure de mercure, ana ℨ iv; eau distillée, ℔ j. M. D. pour un bain.

En choisissant de l'eau bien pure pour le bain, comme celle de pluie, par exemple, on pourra se dispenser de l'addition du sel ammoniac. Le malade peut rester dans ce bain depuis un quart-d'heure jusqu'à une heure entière, sans que jamais il en éprouve la moindre incommodité. Jamais il n'a vu survenir de salivation même dans les cas où les malades étaient affectés d'ulcérations vénériennes ou autres. Pendant l'immersion, on doit frotter doucement la partie affectée, et immédiatement après sa sortie le malade se mettra dans son lit pour une heure au moins, afin de favoriser la transpiration.

Les effets de cette sorte de médication, sont, 1.° de rendre aussitôt le pouls plus lent et plus mou, sans cependant le rendre faible; 2.° de donner au malade un sentiment de force plus grande; 3.° dans les premiers momens après la sortie du bain, de rendre la peau plus sèche et plus rude au toucher, état qui persiste pendant une heure environ, jusqu'à ce que la transpiration se soit développée; 4.° de produire quelquefois des démangeaisons aux endroits où la peau est le plus sensible; 5.° d'augmenter la sécrétion de l'urine; 6.° lorsqu'on en a continué l'usage pendant long-temps, de rendre la peau rude, de donner lieu à une légère desquammation, et de faire prendre aux ongles une teinte grisâtre, qui disparaît peu de temps après la cessation du traitement.

M. Wedekind conseille l'emploi des bains de sublimé dans diverses maladies, telles que la gale, les affections dartreuses, la lèpre, l'éléphantiasis, les diverses maladies vénériennes, surtout celles qui sont rebelles; la goutte, le rhumatisme chronique, les scrofules, les tumeurs blanches des articulations, le rachitis, etc., etc. Il affirme qu'on peut préserver la figure de l'éruption variolique, en la lavant avec une dissolution étendue de ce sel; car, dit-il, on sait que les boutons ne paraissent pas aux endroits qui sont recouverts d'un emplâtre mercuriel. (*Heidelberg, Klinische Annalen*, 4.ᵉ cahier, 1829.)

DE L'EMPLOI DU NITRATE ACIDE DE MERCURE DANS LA BLENNORRHAGIE; *par le docteur Chardon fils.* — *Obs.* I.ʳᵉ — M. R...., étudiant en pharmacie, fut atteint d'une blennorrhagie assez violente; il em-

ploya successivement la saignée, les sangsues au périnée, les boissons mucilagineuses, enfin, garda le repos et la diète. Au bout de six semaines, l'écoulement ne cessant pas, M. Chardon lui conseilla de se faire des injections avec une liqueur composée de quatre gouttes de nitrate acide de mercure, sur quatre onces d'eau distillée. Dès la première, l'écoulement fut presque supprimé; mais elle irrita fortement le canal, qui, le soir, devint le siége de douleurs extrêmement vives, surtout en urinant; on ne fit point d'autres injections, et à l'aide du repos et des bains, l'irritation disparut, mais l'écoulement revint. Le malade se fit alors de lui-même des injections; d'abord avec une décoction de ratanhia, qui ne produisit aucun résultat, puis avec une décoction de tannin, qui, sur le moment, fit diminuer l'écoulement, mais causa au malade une telle astriction du canal, qu'il n'osa pas réitérer. M. Chardon lui conseilla de revenir alors au nitrate acide de mercure, en mettant seulement une goutte de ce sel dans quatre onces d'eau distillée. En effet, les injections se firent matin et soir sans irriter nullement l'urètre; en quelques jours la guérison fut complète; jamais depuis l'écoulement n'a reparu.

Obs. II.e — M. B....., employé dans un ministère, âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, eut une blennorrhagie au commencement de septembre 1829. Pendant six semaines il employa les bains, les cataplasmes, le repos et la diète; l'écoulement étant le même, il prit des pilules de baume de copahu, mais il lui fut impossible de les supporter; il prit alors le baume en lavement. Dès le premier, l'écoulement fut supprimé, mais le malade éprouva de si violentes coliques, qu'il n'en voulut point reprendre d'autres. La blennorrhagie devint alors non moins forte qu'avant. M. Chardon lui conseilla de se faire des injections avec le nitrate acide de mercure. Dès le quatrième jour, l'écoulement avait entièrement disparu.

Obs. III.e — Le même M. B....., au milieu de février 1830, contracta une nouvelle blennorrhagie. Il avait extrêmement souffert de la rigueur de l'hiver, un catarrhe pulmonaire très-long et assez intense l'avait beaucoup affaibli. Craignant les effets d'un régime sévère, M. Chardon jugea à propos de faire cesser l'écoulement, qui était déjà assez abondant. Dès la troisième injection du nitrate acide de mercure, il s'arrêta, et avec lui tous les autres symptômes d'irritation. Toutefois, M. B..... continua encore les injections pendant quelque temps.

Obs. IV.e — M. D....., limonadier, contracta une blennorrhagie vers le milieu de décembre 1829. Huit jours s'étaient à peine écoulés, qu'il tenta de la supprimer; il fit d'abord usage de la potion de Chopart; l'écoulement diminua un peu les premiers jours, mais bientôt il redevint aussi abondant, bien que le malade augmentât la dose de

la potion. Le cubèbe, substitué au copahu, n'eut pas plus de succès. Ce fut le 20 janvier suivant que M. Chardon vit le malade; l'écoulement était assez fort, mais il n'y avait ni gonflement, ni douleur. Seulement, quand il urinait, le malade éprouvait encore une chaleur cuisante désagréable. Comme il avait une répugnance extrême pour les injections, qu'il croyait devoir rétrécir son canal, M. Chardon lui fit reprendre le baume de copahu en potion. Pendant les six jours que le malade en prit, il eut la diarrhée; l'écoulement resta le même, le malade le crut même augmenté. Ce fut alors qu'il se décida à faire matin et soir des injections avec le nitrate acide de mercure. Au bout de quatre jours l'écoulement était supprimé, et il n'a plus reparu depuis.

M. Chardon rapporte encore une autre observation, dans laquelle on voit les injections avec le nitrate acide de mercure guérir solidement en vingt-quatre heures, et sans le moindre inconvénient, une blennorrhagie qui avait résisté aux traitemens les plus énergiques, par les antiphlogistiques, le copahu, le poivre de cubèbe, la térébenthine de Venise, le rob de L'affecteur, etc. etc. Le même médecin paraît avoir employé ce moyen un grand nombre de fois avec le même succès, et il ne lui connaît encore que des avantages. Mais il ne faut l'employer qu'à très-petite dose. Le nitrate acide de mercure doit être étendu dans une quantité d'eau distillée telle que le liquide n'ait qu'une saveur très-légèrement piquante; il ne doit être employé qu'à la dose d'une goutte, deux gouttes au plus dans quatre onces d'eau distillée. Les injections doivent être gardées pendant une demi-minute, et doivent se faire trois fois par jour, et, bien que dès le second jour l'écoulement puisse s'arrêter, il est prudent de continuer les injections pendant plusieurs jours. (*Gazette médicale*, T. I, n.° 22.)

INCONTINENCE D'URINE TRAITÉE AVEC SUCCÈS. — *Obs. communiquée par M. J.-B. Debourge, chirurgien à Rollot (*Somme*).* — Une dame âgée de 28 ans, d'une excellente constitution et primipare, à la suite de son accouchement qu'elle dit avoir été fort long et très-laborieux, éprouva une incontinence d'urine qui, depuis six mois qu'elle y est exposée, n'a encore rien perdu de son intensité première. L'écoulement continuel et goutte à-goutte de l'urine, les ulcérations très-douloureuses que son contact a fait naître sur les cuisses, et une odeur urineuse repoussante, que la plus grande propreté même ne peut empêcher d'avoir lieu, rendent en quelque sorte la vie à charge à cette dame. Ce fut dans cet état, qu'ayant recours à mes soins, je lui introduisis dans la vessie une sonde en gomme élastique d'un gros calibre, et après l'y avoir fixée d'une manière convenable, j'adaptai un petit bouchon à son extrémité libre. Je lui recommandai de l'ôter chaque fois que le besoin d'uriner l'exigerait, de la retirer tous les

soir, lorsqu'elle serait sur le point de se remettre au lit, et de la remplacer alors par une vessie solidement fixée au pavillon de la sonde. Je laissai séjourner cette sonde pendant quatre jours dans la vessie, et comme je l'avais prévu, la portion de cet instrument qui avait été en contact avec l'urine, offrait un aspect blanchâtre, qui, joint à une petite marque que, très-près de l'orifice de l'urètre, je venais de faire sur la partie extérieure de cette sonde, m'indiquait précisément l'endroit où je devais placer la préparation pharmaceutique que je me proposais d'employer, et me fournissait ainsi un moyen sûr de mettre la muqueuse vésicale à l'abri de l'action irritante d'un médicament susceptible d'y déterminer des accidens graves. J'étendis alors méthodiquement, sur cette partie de la sonde, une légère couche d'un mélange de deux portions d'extrait de cantharides préparé à l'alcohol et d'une partie d'extrait alcoholique de noix vomique, et après y avoir laissé sécher cet enduit, je la réintroduisis dans la vessie et l'y maintins à demeure comme je l'avais fait la première fois. Cette dame ressentit à peine quelques picotemens dans le canal de l'urètre; mais bientôt cette partie devint le siége d'un écoulement mucoso-purulent assez considérable, dont la durée fut de six jours seulement. Dix jours après la cessation de ce flux blennorhagique, j'en provoquai un autre à l'aide du même moyen, et cette fois la malade éprouva dans l'urètre des picotemens un peu plus forts et un engourdissement tout particulier dans les cuisses. Douze jours s'étaient encore écoulés, lorsque l'état de la sonde exigea qu'on la remplaçât par une autre. Alors je laissai à dessein la vessie libre pendant vingt-quatre heures, et, à ma grande satisfaction, j'appris le lendemain, que durant ce laps de temps l'urine avait été plusieurs heures sans couler, et que son issue n'avait même eu lieu que pendant la marche ou quelques autres mouvemens assez forts auxquels cette dame s'était livrée. Encouragé par cette marque d'amélioration, je continuai le moyen déjà mis en usage, et trois nouvelles applications irritantes sur la sonde, que je fis alors à des intervalles de plus en plus éloignés, me suffirent enfin pour guérir cette infirmité dégoûtante. En terminant cet exposé, j'ajouterai que les ulcérations des cuisses furent enduites avec du cérat thridacé, et que je prescrivis un régime très-analeptique, parce que la constitution de ma malade était entièrement détériorée. J'ajouterai encore que, consulté une autre fois pour un cas semblable à celui dont je viens de faire l'histoire, je fus loin d'être aussi heureux. Le traitement dont il vient d'être question a complètement échoué, et il en fut de même de plusieurs autres moyens que l'on employa ensuite.

Toxicologie.

Empoisonnement de six personnes par l'arsénic. — *Observ. par M. le professeur Christison, d'Edimbourg.* — Le 1.er novembre dernier, six personnes qui dînaient chez Sir ***, Baronet, dans le Roxburgshire, furent prises d'un malaise violent pendant le dîner ou peu de temps après; deux seulement ne commencèrent à souffrir qu'environ une heure après. Les symptômes qu'elles présentèrent toutes étaient des nausées, des vomissemens et de fortes coliques. Les vomissemens se prolongèrent jusqu'au lendemain matin, et on les rendit plus faciles par l'administration de l'eau tiède. Pendant la nuit, les malades éprouvèrent tous un sentiment de chaleur brûlante dans l'estomac, la gorge et la bouche, avec sécheresse très-grande des lèvres. Cependant, au bout de trois ou quatre jours, tous étaient guéris; il ne leur restait que de l'inappétence.

La simultanéité de ces accidens ne laissait guère de doute que quelque substance vénéneuse n'eût été mêlée aux alimens qu'on avait servis sur la table, et pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard, on envoya les restes à M. Christison, ainsi que les matières vomies et ce qui restait de trois bouteilles de vin dont tous les convives avaient bu. Comme tous avaient mangé de la soupe, M. Christison procéda d'abord à son examen. Rien ne pouvait faire soupçonner la nature du poison; mais comme la saveur de cette soupe n'offrait rien qui pût faire penser à la présence de poisons végétaux, il en conclut que ce ne pouvait être que quelque substance métallique. En conséquence, il traita la soupe par l'hydrogène sulfuré avec les précautions ordinaires, mais sans obtenir aucun résultat. Les matières vomies furent ensuite soumises à l'analyse. Une petite partie de ces matières, filtrée et traitée par l'hydrogène sulfuré, ne donna aucun précipité; mais lorsqu'on eut filtré et fait évaporer tout le liquide de manière à le réduire à deux onces, le même réactif détermina la formation d'un nuage d'un jaune sale, qui, après l'ébullition et un repos de douze heures, fournit un précipité peu abondant, jaune et floconneux. Ce précipité fut recueilli avec soin, lavé à plusieurs reprises et desséché dans un verre de montre; ce produit, qui était en très-petite quantité, et qui contenait une grande proportion de matière animale, fut ensuite placé dans un des petits tubes de verre recommandés par Berzélius, et traité à la manière ordinaire pour obtenir la réduction du métal. On obtint ainsi, sur un des points les plus étroits du tube, une très-petite quantité de matière volatile qui se déposa sous forme d'une croûte extrêmement mince et noirâtre, mais qui, à l'extérieur, ne présentait pas d'aspect brillant, ni, à l'intérieur, aucune apparence de cristaux; ainsi il était impossible de rien conclure de ces

résultats; mais en soumettant ensuite cette petite croûte à des sublimations répétées, comme l'a recommandé le docteur Turner pour oxyder le métal, il se forma un cercle de petits cristaux blancs et brillans, dont quelques-uns, examinés à la loupe, offrirent manifestement des facettes triangulaires. On ne pouvait guère douter que ce ne fût de l'oxyde d'arsénic, mais la quantité en était si petite, que M. Christison estime qu'elle n'était guère que d'un 250.e de grain. Pour compléter la série des preuves, on versa deux gouttes d'eau dans le petit tube, et on la porta à l'ébullition pour dissoudre les cristaux; l'addition d'une petite quantité de nitrate d'argent ammoniacal y produisit à l'instant un précipité jaune-citron, que l'on sait appartenir à toutes les dissolutions arsénicales.

On procéda ensuite à l'examen des restes des trois bouteilles de vin, dont l'un était du vin de Ténériffe, l'autre du vin blanc léger de France, et le troisième du Champagne. Les deux premiers ne contenaient aucune trace de matière nuisible; mais le dernier, quoique sa saveur n'offrît rien de particulier, donna, par l'hydrogène sulfuré, un précipité jaune très-abondant. On s'assura de la véritable nature du précipité par la réduction du métal. Deux onces de ce vin contenaient un grain et quart de sulfure d'arsénic, ce qui répond à un grain d'oxyde de ce métal.

D'où provenait ce poison? C'est ce qu'il est difficile de savoir. En effet, le Baronet lui-même avait été chercher le vin à la cave avant le dîner, et il ne le déboucha qu'au moment même de le servir : il faut donc admettre que l'arsénic avait été ajouté avant que la bouteille fût bouchée, et par le marchand lui-même. Les personnes qui furent indisposées avaient bu chacun un verre de ce vin, c'est-à-dire à-peu-près deux onces, et avaient pris ainsi un grain d'oxyde blanc d'arsénic; et l'on voit que cette quantité a suffi pour produire de graves accidens, malgré la présence des alimens dans l'estomac; on voit aussi, par ce qui précède, que l'arsénic n'a pas de saveur, quoiqu'on ait dit et imprimé le contraire, et qu'une certaine quantité de cette substance peut se trouver mêlée aux alimens sans qu'on puisse la découvrir au goût. Enfin, ces expériences prouvent que le procédé de la réduction du métal peut fournir la preuve irrécusable de la présence de l'arsénic, même lorsque la quantité est trop faible pour fournir une croûte métallique évidente. (*The Edinburgh med. and surg. Journal*, janvier 1830.)

Harenguets fumés vénéneux. — M. Kruger ayant mangé des melets, ou haranguets (*clapea sprattus*), qui étaient fumés et très-gras, éprouva quelques heures après une vive céphalalgie, une sécheresse insupportable de la bouche et de violentes coliques, en un mot, des symptômes tout-à-fait analogues à ceux auxquels donne lieu l'inges-

tion des saucisses corrompues. Ces accidens, d'ailleurs, cessèrent bientôt après une abondante évacuation alvine. Ces petits poissons ayant été fumés avec de la tourbe, M. Kruger se demande si cette dernière substance ne contiendrait pas quelque principe délétère qui, en se volatilisant avec la fumée, se combinerait avec les viandes et leur communiquerait ses propriétés toxiques. (*Brandes*, *Archiv des Apohtheker Ker-Vereins*, T. XXIX, p. 112.)

Académie royale de Médecine. (Juin.)

Séance du 1er *juin.* — VACCINE. — Tableau des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens du Doubs, des Bouches du Rhône, et de la Charente-inférieure. Dans le Doubs, il y a eu 7849 naissances, 3493 vaccinations, 31 varioles, et 5 morts par cette dernière maladie. Dans les Bouches du Rhône, il y a eu 10,241 naissances, 8,358 vaccinations et 351 varioles dont 52 ont péri. Enfin, dans la Charente-inférieure, il y a eu 5526 vaccinations, et 68 varioles, dont 11 ont péri.

Lettre de M. Vernuel, médecin à Niort, qui, ayant appris le débat qui s'est élevé dans le sein de l'académie sur le degré de profondeur à donner aux piqûres vaccinales (Voyez le tome présent des *Archives*, pag. 143), assure avoir toujours réussi, en faisant à chaque bras deux incisions de la longueur de 3 lignes, et qui n'intéressent que l'épiderme.

M. Emery, au nom de la commission de vaccine, reproduit le projet d'instruction relatif à la vaccine qui a déjà occupé l'académie dans son avant-dernière séance (Voyez la page des *Archives* citée plus haut). Cette instruction expose successivement, les caractères de la vraie et de la fausse vaccine, la manière d'opérer la vaccination, et les moyens de conserver le vaccin sur les plaques de verre et dans des tubes, ainsi que le mode de s'en servir dans ces deux cas. Elle donne lieu à une discussion qui porte surtout sur la question de savoir si l'on peut employer, pour vacciner, le bouton unique que portent certains individus, sans risque d'annihiler pour ceux ci l'effet préservatif de la variole. M. Delens regrette que dans l'instruction on ait approuvé cette pratique, contrairement à l'opinion de ceux qui pensent que tout bouton vaccinal détruit ne concourt plus à l'effet préservatif. Il lui semble que, par cela seul que la question est litigieuse encore, l'académie ne devait pas la trancher; et même que

dans le doute elle devait donner le conseil contraire, celui de respecter les boutons uniques. M. Marc exprime la même opinion, et M. Chantourelle cite à l'appui un fait qui a été rapporté à la Société de médecine-pratique de l'Hôtel-de-ville; et dans lequel on a vu un individu éprouver plus tard la variole, parce qu'on avait fait avorter chez lui la vaccine, en employant à des vaccinations l'unique bouton qui s'était développé chez lui. Le rapporteur de la commission, M. Emery, son président M. Coutanceau, répliquent que la majorité de la commission a pensé que la pratique de piquer, pour des vaccinations ultérieures, le bouton unique des vaccinés, n'anéantit pas chez ceux-ci l'effet préservatif de ce bouton; ils invoquent à l'appui de cette opinion, l'autorité de M. Nedey de Vesoul, et celle de beaucoup de médecins français; la pratique de Jenner qui ne faisait que deux piqûres dont souvent une seule réussissait, pratique qui est encore suivie en beaucoup de pays. La commission a surtout été inspirée par le besoin de combattre le préjugé trop généralement répandu qu'on nuit à l'effet préservatif de la vaccine en prenant du vaccin sur les boutons. — MM. Demangeon et Moreau soutiennent cette opinion par des faits nombreux pris dans leur propre pratique, et particulièrement par l'inutilité des vaccinations secondaires qu'ils ont tentées sur des individus qui n'avaient eu qu'un seul bouton vaccin qu'on avait perforé. — C'est aussi le sentiment de la majorité de l'académie, puisque l'instruction est adoptée.

Moyen de détruire le principe amer des médicamens. — Lettre de M. Tonery, pharmacien à Solomiac, qui assure que le charbon animal détruit le principe amer des divers médicamens avec lesquels on le fait bouillir. Il l'a expérimenté avec le lichen d'Islande, le quinquina, le fucus helmintho-corthon, la centaurée, l'absynthe, la germandrée, la gentiane, la chicorée sauvage, l'aloës, les semences de noix vomique, de staphysaigre, de cévadille, etc. — L'Académie nomme MM. Petit, Husson, Chomel, Derosne et Boudet, pour répéter les expériences de M. Tonery.

Perforations du périnée dans l'accouchement. — M. Moreau lit un mémoire, intitulé : *Considérations sur les perforations du périnée, et sur le passage de l'enfant à travers ces perforations.* — M. Moreau distingue les perforations des déchirures du périnée, en ce que dans les premières ne sont intéressés ni la commissure postérieure de la vulve en avant, ni l'anus en arrière. Il en rapporte sept observations, dans lesquelles l'enfant est venu au monde par cette perforation; 1° l'une lui a été offerte par la pratique de M. Evrat; il s'agissait d'une jeune femme accouchant pour la première fois, et chez laquelle l'enfant à terme se présentait dans la 4.°

position du sommet de la tête. Au moment où la tête allait franchir le détroit périnéal, le périnée se déchira entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, et l'enfant et le placenta sortirent par cette déchirure. La cicatrisation s'en fit en cinq semaines par le fait seul de la position et d'un pansement simple; et la femme a depuis accouché une seconde fois sans que la cicatrice se soit rompue. 2.° Une autre est empruntée à Harvey, dans son ouvrage *sur la Génération*; elle est relative à une jument qui était bouclée au moment du part, et chez laquelle il se fit aussi au périnée une perforation par laquelle le poulain à terme fut expulsé.. 3.° Une troisième est celle qu'envoya en 1778, à l'Académie royale de Chirurgie, Nedey, chirurgien de Besançon. Elle a trait à une femme chez laquelle il se fit de même au périnée une perforation longue de 2 pouces 4 lignes, s'étendant le long du raphé de chaque côté de l'anus, ayant la forme d'un Y, et par laquelle l'enfant passa. 4.° Une quatrième est celle qu'observa Coutouly sur une femme qui avait déjà accouché. 5.° Une autre est celle qu'a rapportée Denman dans son introduction à la pratique des acouchemens. 6.° La sixième est celle qu'a publiée M. Champenois en 1811, dans le XLI[e] volume du Journal général de médecine; dans celle-ci l'anus était compris dans la déchirure, et pour hâter sa guérison, on crut devoir faire l'incision de la fourchette. M. Champenois lui a joint l'observation d'une jeune femme qui avait aux parties extérieures de la génération une cicatrice dure, résultant d'une brûlure, et chez laquelle il prévint la perforation centrale du périnée en incisant cette cicatrice. 7.° Enfin, la septième observation que rapporte M. Moreau est celle qu'a publiée en 1802, dans le bulletin de la Société médicale d'émulation, le D.[r] Joubert. L'enfant était aussi à terme, et se présentait dans une des trois dernières positions du sommet. Après avoir exposé ces cas divers de perforations du périnée, M. Moreau recherche les causes de cet accident. Harvey, dans le cas de la jument bouclée, l'attribua aux efforts du fœtus; Nedey, dans l'observation qu'il adressa en 1778 à l'Académie de chirurgie, accusa la position qu'on avait donnée à la femme pour qu'elle pût aller à la garderobe. Beaucoup de médecins ont pensé que cet accident était dû à ce que le périnée, dans le travail de l'accouchement, n'avait pas ou avait été mal soutenu. M. Moreau rejette ces diverses explications; il trouve dans la mère et dans l'enfant les causes de cet accident. 1.° Du côté de la mère, certains vices de conformation du bassin, comme une trop grande saillie de l'angle sacro-vertébral, un alongement trop considérable de la symphyse du pubis, le resserrement de l'arcade du pubis, toutes circonstances qui portent davantage la tête de l'enfant sur le périnée; une obliquité antérieure du col de l'utérus; une trop grande largeur du périnée,

surtout s'il y a en même temps étroitesse de la vulve, ce qui est d'ordinaire; enfin un obstacle quelconque du côté de la vulve. 2.° Du côté de l'enfant, dans les derniers temps du travail, le défaut d'extension de la tête de l'enfant, pour la sortie de l'occiput dans les 3 premières positions du sommet; le défaut de rotation dans les 3 dernières; enfin son défaut de flexion, quand la face se dégage en devant, sous la symphyse du pubis. C'est quand quelques-unes de ces circonstances existent, que la tête, arrivée au détroit périnéal, distend fortement le périnée et le déchire. Si l'occiput est déjà engagé dans la vulve, la déchirure commence par la fourchette, la commissure postérieure de la vulve, et suivant le raphé, elle s'étend jusqu'à l'anus. Si au contraire l'occiput n'est pas encore engagé dans la vulve, et que le mouvement d'extension de la tête ne se fasse pas, le périnée se déchire à son centre, de dedans en dehors; et comme alors la vulve est relâchée, et sa commissure postérieure retirée vers la symphise du pubis, comme alors le périnée est tiré en devant et ne peut pas glisser en arrière, comme cela devrait être, la perforation ne s'étend pas à la commissure postérieure de la vulve, et reste bornée au périnée. M. Moreau conclut des observations qu'il a rapportées, que le pronostic de ces perforations est peu fâcheux, qu'elles se cicatrisent aisément, et n'apportent aucun obstacle aux accouchemens subséquens. Comme moyens propres à les prévenir, il conseille 1.° de combattre pendant le travail, par les moyens convenables, les causes qui dans la mère y prédisposent. 2.° de favoriser, dans les derniers temps du travail, les mouvemens d'extension, de flexion de la tête, selon sa position. 3° De soutenir convenablement le périnée, et de favoriser la dilatation de la vulve en même temps qu'on place la femme dans une position complètement horizontale, et qu'on l'engage à modérer ses efforts. 4.° Enfin, si tout cela est inutile, de recourir promptement au forceps, soit pour accélérer les mouvemens que la tête du fœtus doit exécuter, soit pour corriger sa position vicieuse. Il ne propose la section du périnée, qui a été préconisée dans ces cas, que lorsqu'il existe des brides, des cicatrices aux parties génitales externes; et encore veut-il que l'incision ne porte que sur la bride, la cicatrice; si l'ouverture faite est trop petite, l'enfant l'aggrandira assez lors de son passage. Quant au traitement de ces perforations, il se borne à faire rapprocher les jambes de la malade, à la tenir couchée sur le côté dans un état de demi-flexion, et à panser à plat. Il croit inutile d'introduire une mèche effilée, ou une canule de gomme élastique dans la vulve, comme on l'avait conseillé.

M. Capuron présente quelques objections à M. Moreau, sur l'objet de ce mémoire. Il regrette que dans les observations que M. Moreau

a rapportées, celui ci n'ait pas mentionné les dimensions de la tête des enfans. Selon lui, pour que la perforation centrale du périnée arrive dans les trois dernières positions du sommet, qui sont celles que M. Moreau présente comme prédisposant à cet accident, il faut que la tête soit, non d'une dimension moyenne, comme l'a dit M. Moreau, mais très-petite. Cela lui paraît d'autant plus nécessaire, que, selon lui, il est géométriquement impossible que, dans ces trois positions, l'occiput se dégage au-devant du périnée, si la tête de l'enfant et le bassin de la mère ont leurs dimensions normales. — M. Moreau réplique, 1.° que les auteurs auxquels il a emprunté les observations qu'il a rapportées, n'ont pas fait mention des dimensions de la tête des enfans, et ont dit seulement qu'il s'agissait d'enfans à terme; 2.° qu'une grosseur moyenne de la tête lui paraît être une condition nécessaire pour que la perforation centrale du périnée puisse arriver, attendu que si la tête est petite, elle traversera vite la vulve, et que si elle est grosse elle déchirera avec le périnée l'anus et la commissure postérieure de la vulve; 3.° que s'il a présenté les trois dernières positions du sommet de la tête, comme prédispositions à l'accident, c'est que la théorie y conduit, et que ces positions étaient celles qui existaient dans le plus grand nombre des sept observations qu'il a rapportées; 4.° enfin, M. Moreau conteste l'assertion que l'occiput ne puisse se dégager au-devant du périnée, dans les trois dernières positions du sommet, quand le bassin de la mère et la tête de l'enfant ont leurs dimensions normales : dans les deux tiers de ces cas, l'accouchement se fait par le dégagement de l'occiput au-devant du périnée.

GROSSESSE DOUBLE POUVANT FAIRE CROIRE A UNE SUPERFÉTATION. — M. Moreau présente un placenta provenant d'un enfant venu vivant et à terme, auquel tient, par un cordon grêle et long de sept à huit pouces, un petit fœtus applati qui paraît être de l'âge de trois à quatre mois de conception. M. Moreau croit que ce petit fœtus date de la même époque que l'enfant venu à terme, et qu'il n'est question ici que d'une grossesse double. Il se fonde, 1.° sur ce que la mère, à quatre mois de sa grossesse, éprouva une grande frayeur, à la suite de laquelle survint une perte qui nécessita l'emploi de la saignée et le repos; 2.° sur ce que le cordon du petit fœtus va s'implanter à une portion de placenta atrophiée, et qui semble un placenta à part uni au bord du placenta principal. M. Moreau dit avoir déjà quatre faits de ce genre, dans lesquels un des fœtus morts s'est conservé dans les eaux de l'amnios comme dans une saumure, et sans nuire au développement de l'autre jumeau.

Séance du 8 juin. — M. Pariset, secrétaire-perpétuel, de retour de son voyage d'Égypte, est présent à la séance.

VACCINE ET VARIOLOÏDE. — Tableaux des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens du Morbihan, de l'Isère, du Tarn et de l'Arriège. — Il y a eu, dans le Morbihan, 13,603 naissances, 5,165 vaccinations, et 145 personnes atteintes de variole, dont 19 ont péri. Dans l'Isère, 17,244 naissances, 10,570 vaccinations, et 96 individus atteints de variole, dont 11 ont péri : dans le Tarn, 9,985 naissances, et 2,306 vaccinations : enfin, dans l'Arriège, 4,251 vaccinations, et 700 varioles dont 100 ont été mortelles.

Mémoire de M. Cuchet, médecin à Montélimart ; rapport de M. Gerardin. — M. Cuchet pense, d'après des faits nombreux : 1.° que la vaccine ne préserve certains sujets de la variole que pendant un certain temps ; 2.° que chez ces sujets, après sept ans survient une varioloïde ou variole mitigée, mais qui est toujours exempte de dangers ; 3.° que conséquemment pour prévenir cette varioloïde il faut, dans les sept années qui suivent la vaccination, vacciner de nouveau ; 4.° enfin, que ces secondes vaccinations ont souvent donné lieu à une vraie vaccine qui a pu être inoculée avec profit. — MM. Delens et Chantourelle regrettent que le rapporteur ait laissé passer sans blâme, d'une part, l'assertion que la vaccine ne préserve de la variole que pour un certain temps ; de l'autre, le conseil de renouveller la vaccination après quelques années ; ils remarquent que le plus souvent les secondes vaccinations ne réussissent pas.

MALADIES DE L'ENFANCE DANS L'ILE DE CUBA. — M. Hedelhofer fait un rapport verbal sur un livre écrit en espagnol, de M. Belot, médecin de la Faculté de Paris, et intitulé : *Observations sur les maladies que l'on éprouve dès l'enfance à l'île de Cuba*. Ce livre est un traité de l'éducation physique des enfans, avec des détails sur l'hygiène de la femme.

CORRESPONDANS ÉTRANGERS. — M. Virey, au nom d'une commission, expose que les ordonnances constitutives de l'Académie donnent le droit à la compagnie de nommer des correspondans tant nationaux qu'étrangers, en nombre indéterminé. Il rappelle que si l'Académie a déjà beaucoup de correspondans nationaux, elle n'a encore aucuns correspondans étrangers. Enfin comme l'Académie ne peut avoir que *vingt associés étrangers*, et qu'elle n'a actuellement que dix-huit de ces associés, il propose au nom de la commission, que l'Académie nomme un certain nombre de *correspondans étrangers*. Cette proposition est adoptée, et une commission est nommée au scrutin pour préparer une liste de présentation.

DE L'ECCLECTISME EN MÉDECINE. — M. J. Guérin lit la seconde partie de son mémoire *sur l'ecclectisme en médecine*. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 138). Dans cette seconde partie, M. Guérin établit que l'ecclectisme portera la médecine au rang des sciences

positives, lorsque, cessant de n'être qu'une critique des systèmes, il s'occupera à son tour de systématiser les faits d'après une analyse complète de tous leurs élémens. Il compare le mode de procéder des empyriques, des systématiques et des ecclectiques, pour arriver à connaître, classer et expliquer les maladies. Les *empyriques* non-seulement se refusent à toute généralisation, ne veulent voir partout que des individualités, mais ils ne font même de ces individualités qu'une observation superficielle et incomplète. Les *systématiques* ne recherchent dans les faits que ce qui se rattache au principe qu'ils ont admis *à priori*. Les *ecclectiques* seuls s'éloignant, et de la neutralité passive des premiers, et de l'activité partielle des seconds, tiennent compte, selon la méthode expérimentale de Bâcon, de tous les élémens des faits, et ont par conséquent une observation qui n'est ni superficielle et stérile comme dans le premier cas, ni fausse et partielle comme dans le second, mais qui est complète et méthodique. Lorsque Jussieu, dit M. Guérin, substitua en botanique la méthode naturelle aux systèmes, il fut inspiré par l'ecclectisme; c'est-à-dire, qu'au lieu de classer les plantes d'après une observation incomplète et sur un seul élément de l'organisation végétale, il le fit d'après l'observation de tous. Or, c'est ce que doit faire maintenant l'ecclectisme en médecine. Après avoir acquis la connaissance complète des faits par l'analyse, il faut qu'il les systématise par la synthèse; c'est-à-dire, qu'il les rapproche ou les sépare selon leurs analogies et leurs ressemblances; il faut qu'il dénomme les uns et les autres, et établisse et des individualités et des espèces; il faut qu'il vérifie les individualités et les espèces qui ont été déjà constituées dans la science, qu'il corrige celles qui ont été mal établies, qu'il crée celles qui ont été omises, et qu'il marche ainsi vers l'unité synthétique générale qui renfermant toutes les autres doit être le dernier terme de la science. Il faut enfin que par le concours de l'analyse qui fait recueillir scrupuleusement tous les élémens des faits, et de la synthèse qui déduit des faits les généralisations auxquelles ils conduisent, il s'élève à la connaissance des lois qui produisent les maladies. Ainsi la médecine ne sera pas seulement une science expérimentale, mais elle aura une philosophie dans laquelle les faits seront expliqués. Sous ce dernier rapport, les ecclectiques, qui ont pour point de départ une observation complète, ne peuvent qu'être de beaucoup supérieurs, et aux empyriques qui se refusent à rien expliquer, et aux systématiques qui ne basent leurs explications que sur une partie des élémens des maladies. C'est enfin de cette manière, que l'ecclectisme fera de la médecine une science, sans doute chaque jour de plus en plus perfectible, mais stable, non destructible, et par conséquent digne d'être mise au rang des sciences positives.

Anatomie artificielle. — M. Auzoux présente une pièce d'anatomie artificielle sur laquelle sont figurées toutes les parties constituantes du corps humain. Cette pièce représente un homme de haute stature ; un des côtés simule l'écorché. L'autre côté permet de déplacer successivement, couche par couche, toutes les parties du corps jusqu'au squelette, et laisse voir dans tous leurs détails les veines, les artères, les nerfs, les muscles, etc. Dans les cavités splanchniques sont les viscères, et des coupes pratiquées dans l'épaisseur de ceux-ci en font voir la disposition intérieure.

Séance du 15 juin. — Vaccine. — Tableaux des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens de la Haute-Garonne et du Jura. Dans la Haute-Garonne, le nombre des vaccinations s'est élevé à 5,507, celui des varioles à 232, et celui des morts de la variole à 20. Dans le Jura, sur 9,990 naissances, il y a eu 4,748 vaccinations.

Seigle ergoté dans l'accouchement. — Rapport de M. Villeneuve sur un mémoire de M. Roux, médecin à Brignoles, département du Var. Ce mémoire contient cinq observations : 1.° une femme avorte au cinquième mois d'une troisième grossesse, la délivrance n'a pu s'opérer encore au bout de deux jours ; des douleurs abdominales, de la fièvre, des symptômes alarmans existent. Une mixture faite avec un gros de seigle ergoté et une once et demie de sirop capillaire est administrée par cuillerée, de dix en dix minutes ; des contractions utérines surviennent et la délivrance a lieu. La femme est bientôt rétablie, mais éprouve d'abord des vertiges, une sorte d'ivresse, probablement parce que le seigle ergoté a été donné à trop forte dose. 2.° Une femme primipare est en travail depuis un jour, et depuis dix heures ses douleurs se sont arrêtées ; un accoucheur croyant à une difformité de l'arcade du pubis, songeait à pratiquer l'embryotomie ; mais un gros de seigle ergoté est administré en quatre doses. Les douleurs reparaissent, et la femme accouche bientôt d'un enfant mort. M. Roux pense que le seigle ergoté n'a eu ici aucune part à la mort de l'enfant, et M. Villeneuve exprime la même opinion. 3.° Une femme primipare est en travail depuis quatre jours, et depuis deux les douleurs se sont suspendues. Un gros de seigle ergoté administré en trois doses fait terminer l'accouchement au bout de deux heures. M. Villeneuve reproche à M. Roux de n'avoir pas indiqué quel était, dans ces deux observations, l'état de l'orifice utérin. 4° Dans la quatrième observation, M. Roux a arrêté avec du seigle ergoté donné trois fois dans le jour, à la dose de 20 grains dans du vin, une perte qui depuis deux mois et demi revenait tous les deux ou trois jours, avec une abondance telle que la femme était épuisée. M. Villeneuve rappelle, que Hosack chez les Américains et Goupil en France, ont réussi avec une dose moindre, celle

de 10 grains, répétée trois fois par jour. 5.° Enfin, dans la cinquième observation, il s'agit d'une perte utérine survenue après l'accouchement, et arrêtée instantanément par 12 grains de seigle ergoté. Selon M. Roux, le meilleur véhicule pour l'administration du seigle ergoté est le vin; M. Maygrier ajoute à son action, en lui associant quelques grains de sulfate de quinine. M. Villeneuve blâme M. Roux d'avoir conseillé l'emploi du seigle ergoté chez les femmes atteintes de hernies ou d'anévrisme; il préfère ici l'usage du forceps. Il trouve, au contraire, rationel, le précepte que M. Roux a renouvelé d'Hosack, d'employer promptement le seigle ergoté dans les cas d'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice.

Ce rapport amène une discussion. — M. Capuron trouve les observations de M. Roux incomplètes, en ce sens qu'elles ne détaillent pas toutes les circonstances de l'accouchement, par exemple, quelles étaient les présentations des enfans, et les causes qui avaient amené l'inertie de la matrice. Cependant cela est essentiel pour spécifier les cas où le seigle ergoté peut être utile; car on ne peut pas faire de cette substance un remède banal et propre à toutes les dystocies. Une fois il a vu son emploi provoquer des douleurs dangereuses par leur excès, et qui persistèrent plusieurs jours après l'accouchement. — M. Moreau regrette aussi que les observations de M. Roux ne fassent pas mention de l'état de vie ou de mort dans lequel sont arrivés les enfans; on a craint que le seigle ergoté ne fit périr les enfans, et cela suffirait pour que l'état des enfans fût toujours indiqué. M. Moreau n'a usé de ce moyen qu'une fois; l'enfant qui certainement était vivant au moment de son emploi cessa aussitôt de présenter des signes de vie, et arriva mort; il croit qu'il aurait amené cet enfant vivant s'il eût eu recours au au forceps. Dans d'autres cas, où il a agi avec cet instrument, il a eu ce bonheur, et chez des femmes auxquelles on avait administré dans leurs couches précédentes le seigle ergoté, et qui avait toujours accouché d'enfans morts. M. Moreau enfin pense que les contractions utérines que suscite le seigle ergoté, ne sont pas des contractions normales, mais des contractions maladives. — M. Evrat a employé trois fois le seigle ergoté; dans un cas, ce fut avec succès; dans un autre la femme accoucha d'un enfant mort; dans le troisième, les contractions utérines suscitées par ce moyen furent si vives qu'il fallut recourir au forceps. — M. Gérardin rappelle que c'est en Amérique qu'on a d'abord fait usage du seigle ergoté comme moyen propre à réveiller les contractions de l'utérus; or, le gouvernement de New-Yorck, frappé du grand nombre d'enfans qui, depuis l'emploi de cette substance, arrivaient morts, a cru devoir ordonner une enquête pour savoir si la mort des enfans n'était pas due à l'action de cette substance. M. Gerardin quitta l'Amérique

avant la fin de cette enquête; mais elle justifie le doute élevé par M. Moreau.— M. Deneux craint aussi l'emploi du seigle ergoté, ou du moins croit que le plus souvent on peut s'en passer : mais il blâme surtout son emploi dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice; le seigle ergoté, en suscitant des contractions utérines, ne fait en ce cas qu'augmenter le décollement du placenta, et par conséquent l'hémorrhagie. Du reste, ajoute M. Deneux, si dans les cas où le seigle ergoté a été donné, les enfans sont arrivés morts, on ne peut en conclure la nocuité de cette substance; la mort des enfans peut tenir au fait seul de la langueur du travail. — Plusieurs membres de l'académie avancent au contraire que le seigle ergoté est sans action nuisible sur l'enfant : M. Burdin aîné, qui a vu employer une fois avec succès cette substance, et qui sait que M. Gardien en a fait plusieurs fois usage dans sa grande pratique : M. Ollivier d'Angers, qui a participé aux premiers essais qu'en a fait M. Chevreul, à Angers, et qui assure que depuis 12 ans ce praticien n'en a retiré que de bons effets : M. Villeneuve, qui sans contester que certaines circonstances en contre-indiquent l'emploi, comme l'irritablité de l'estomac de l'accouchée, la rigidité du col de l'utérus, etc., en a fait usage avec succès plus de vingt fois.

GLAND CONSIDÉRÉ COMME ALIMENT. — Le sieur Bourlet a vu employer dans le Levant, pour fortifier l'estomac et donner de l'embonpoint, une préparation appelée *racahonte*, et faite avec le gland d'un chêne du pays. Or, il a pensé qu'on pouvait employer de même le gland de notre France, mais après une préparation qui lui fait perdre son amertume. 1.° Il écrase l'amande du gland parvenu à sa maturité, en fait une pâte qu'il laisse séjourner dans une vase clos pour qu'un commencement de fermentation détruise son amertume, puis lave cette pâte jusqu'à ce que l'eau de lavage soit sans couleur et sans saveur, et enfin, la fait sécher et la met en poudre. Il a ainsi une *fécule* qu'il employe dans des potages, du pain, le chocolat, etc. 2.° Il fait de même une *farine* en perçant les amandes de gland bien mûres avec un poinçon de bois, les exposant au soleil pendant cinq à six jours, et ayant le soin de les retourner souvent; puis les enfouissant en terre pendant quelques jours aussi, et enfin, les torréfiant légèrement et les réduisant en poudre. Il employe cette farine, qui est légèrement colorée, de la même manière que la fécule. M. Bourlet a demandé un brevet d'invention pour ces préparations, et avant de l'acorder, le ministre demande à l'académie si elles sont sans inconvéniens sous le rapport de la santé publique. M. Mérat, au nom d'une commission chargée de l'examen de cette affaire, fait un rapport dans lequel il établit que le gland employé dans le Levant est le *quercus ballosta* dont les insulaires de la Grèce, les Maures

et les Arabes de l'Atlas mangent les fruits, et dont le gland contient une huile qui s'extrait dans la Mauritanie et qu'on envoye à Marseille. Rappellant que notre gland contient un tiers d'amidon, un peu moins de fibre ligneuse, un quinzième de gomme, un vingtième de résine, un peu moins d'huile grasse, presqu'un dixième de tannin, et un cinquième d'extractif amer, etc. il trouve dans cette composition, d'une part assez de principes nutritifs pour que ce gland soit alimentaire, et d'autre part des principes médicamenteux, comme le tannin, la résine, qui doivent corroborer l'estomac. Il conclut donc à ce qu'on réponde au ministre, que le gland de notre pays débarrassé de son amertume peut être employé comme aliment. Il ajoute que M. Jadelot a déjà usé avec avantage dans sa pratique des préparations de M. Bourlet. — L'Académie ajourne sa réponse, jusqu'à ce que la commission ait, par des expériences, vérifié: 1° que les préparations indiquées par M. Bourlet, ôtent au gland de notre pays son amertume ; 2.° que ces préparations sont alors un bon aliment. — M. Chevalier dit cependant avoir fait usage avec succès pour lui-même de ces préparations ; et avoir fabriqué d'après le procédé de M. Bourlet, un excellent chocolat avec du gland recueilli au bois de Boulogne. — M. Virey croit que ce n'est pas le *quercus ballosta*, mais le *quercus ægylops*, qui fournit le gland employé dans le Levant. — M. Thillaye rappelle qu'il y a douze ans, on a déjà présenté à l'Institut, un pain fabriqué avec de la farine de gland.

Stéthoscope. — M. Piorry présente le modèle d'un nouveau stéthoscope ; il est en cuivre, au lieu d'être en ivoire, et si petit qu'on peut le mettre dans un agenda. Une tige qui a deux lignes de diamètre remplace le cylindre, et à ses deux extrémités se vissent l'opercule et le plessimètre. Il offre cet avantage qu'on peut avec lui tout à-la-fois ausculter et percuter la poitrine. La petitesse de la tige peut paraître un inconvénient en ce qui concerne la pectoriloquie ; mais ce signe n'est pas le seul qui révèle l'existence des cavernes ; on en est instruit aussi par les râles et la percussion.

Opération pour cicatrices difformes a la suite de brulures graves, par le professeur Bougon. — Un garçon pâtissier entrant dans un cabinet d'aisance avec une lampe allumée à la main, enflamme le gaz qui se dégage de l'ouverture du siége, et est gravement brûlé à la face, au cou, à la poitrine, et surtout au ventre et au bras droit. Il guérit au bout de quelques mois de ces brûlures multiples ; mais il en avait conservé au bras droit des brides telles qu'elles maintenaient l'avant-bras fléchi sur le bras selon un angle de 40 degrés, et qu'elles empêchaient tous mouvemens d'extension et de flexion. M. Bougon se décida à faire l'ablation de ces brides ; la plaie qui résulta de l'opération avait 20 pouces de longueur sur 4 de lar-

geur ; quelques brides, qui ne purent pas être emportées, furent seulement incisées ; le malade a parfaitement bien guéri, et a recouvré l'usage de son bras droit. M. Bougon fait remarquer qu'ici, il a employé tout-à-la fois, pour la guérison de son malade, et la méthode de l'ablation des brides, et celle qui consiste seulement à inciser transversalement ces brides, et à rétablir les parties dans leur direction naturelle. Il ajoute que la cicatrice, qui d'abord était dure, peu-à-peu s'est beaucoup assouplie par l'effet des bains.

Séance du 22 juin. — BICÉPHALE. — M. Geoffroy Saint-Hilaire présente le corps momifié d'une fille bicéphale, née au mois de mai 1829, dans un village français au pied des Pyrénées, et qui ressemble en tout à celle que Paris a vue récemment sous les noms de Ritta-Christina. Les seules différences sont que la tête droite est la plus forte, et que les deux cœurs sont logés chacun dans un péricarde particulier, au lieu de l'être, comme chez Ritta-Christina, dans un seul péricarde. M. Geoffroy appelle l'attention de l'académie sur un appendice vermiculaire que ce bicéphale présente à la partie postérieure et inférieure du tronc, au point médian de la croupe, et qui n'est, selon lui, que le rudiment avorté des membres inférieurs. Il est de fait que s'y rendent et s'y terminent les nerfs et vaisseaux cruraux. Dans Ritta-Christina il n'y avait, au lieu occupé par cette appendice, qu'une cicatrice, et cependant M. Serres, guidé par la théorie des analogues, en soupçonna la nature. M. Geoffroy a vu cette appendice figurée dans plusieurs dessins de bicéphales anciennement recueillis.

AMPUTATION DE PARTIES CANCÉREUSES. — *Mémoire de M. Lisfranc.* — Dès longtemps M. Lisfranc avait remarqué que les cancers n'envahissent pas dès leur origine, et même de longtemps, tous les tissus des organes où ils siégent. Dans de vieux cancers du sein, de la verge, il avait vu, par exemple, la plèvre borner la maladie dans le premier cas, et les corps caverneux rester intacts dans le second. Il en avait conclu que dans les amputations que nécessitent ces cancers, on pourrait souvent éviter l'ablation de la partie entière, et se borner à celle du tissu malade. Le mémoire qu'il lit à l'académie contient quatre observations où il a mis avec succès ce précepte en pratique. 1° Un homme portait derrière le gland un bourrelet cancéreux épais d'un demi-pouce, long de deux pouces, et qui, embrassant tout le corps de la verge, faisait corps avec elle. Au lieu d'amputer cet organe, mutilation qui le plus souvent jette l'homme dans une mélancolie mortelle, M. Lisfranc incise, sur la face dorsale de la verge, la tumeur, afin de voir jusqu'où celle-ci s'étend ; et voyant qu'au-dessous d'elle les corps caverneux sont sains, il la sépare par une dissection délicate, enlève avec des ciseaux les indurations qui restent et une petite portion de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux

qui était malade, et parvient ainsi à conserver le pénis. 2.° Un autre homme portait un cancer fort ancien à la partie antérieure du scrotum, à la racine de la verge et à la moitié postérieure de cet organe. M. Lisfranc cerne encore, par une dissection délicate, le carcinome, le coupe dans son épaisseur pour explorer jusqu'où il s'étend, et le poursuivant jusque dans ses plus profondes racines, parvient à l'enlever en conservant encore le pénis. 3.° Un avocat avait un cancer qui paraissait occuper les deux tiers de la langue et en exiger l'ablation. M. Lisfranc sépare encore, avec un bistouri, les parties saines des parties malades; il lie celles-ci avec un lien qui les fait tomber au bout de sept jours, et il voit alors avec étonnement que la surface seule de la langue était malade, et que cet organe n'a perdu que 2 lignes de sa pointe. 4.° Enfin, une femme avait dans le vagin une ulcération cancéreuse de la largeur d'un écu de six francs, et M. Lisfranc est encore parvenu à extirper le mal seul, en conservant l'organe où il avait son siége. Dans la prochaine séance de l'académie, ce chirurgien présentera des faits analogues relatifs à des cancers du col de la matrice et de la partie inférieure du rectum.

ANGINE COUENNEUSE. — Rapport de M. Bourgeois, médecin de la Maison royale de St.-Denis, sur deux mémoires, l'un de M. Ragneau aîné, officier de santé à Chabris (Cher), et l'autre de M. Cayre-Miralus, médecin à Issoudun, même département. 1.° La maladie dont parle M. Ragneau, avait pour symptômes, mal de gorge, gêne de la déglutition, gonflement des ganglions cervicaux, rougeur du pharynx, ulcerations blanchâtres sur la luette et les tonsilles fortement tuméfiées, éjection par la bouche et les narines d'une sanie sanguinolente et fétide. La cause a été, selon cet officier de santé, une cause miasmatique, circonscrite à certaines habitations encombrées, malpropres et entourées de flaques fangeuses. Elle a été, dit-il, plutôt endémique qu'épidémique, et surtout ne s'est pas montrée contagieuse. Enfin des sangsues au col et des vomitifs l'ont souvent arrêtée dans son début, et dans plusieurs cas même la guérison s'est opérée spontanément. M. Bourgeois ne trouve ici aucun des caractères propres à justifier le nom d'*angine couenneuse* que M. Ragneau a donné à la maladie; point de ces fausses membranes qui se renouvellent sans cesse et qu'accompagnent si souvent les symptômes du croup; rien qui décèle ici ces épidémies meurtrières qui sévissent en toutes saisons, en tous climats et sur les sujets de toutes les conditions; la maladie est dite non contagieuse, tandis que l'angine couenneuse l'est presque autant que la variole; elle cède aux remèdes, même spontanément, tandis que l'angine couenneuse le plus souvent résiste à tous les remèdes, sauf à la cautérisation. M. Bourgeois pense donc que la maladie qu'a décrite M. Ragneau, n'était qu'une angine pharyngo-ton-

sillaire, inflammatoire, ou catarrhale, ou aphtheuse, avec sécrétion muqueuse abondante et dépravée. 2.° Au contraire, la maladie dont parle M. Cayre-Miralus, dans son mémoire, est bien l'angine couenneuse. Dans le début et avant l'envahissement des voies aériennes, ce médecin cautérisait avec divers acides, ou l'ammoniaque, les chlorures, l'alun, l'alcohol concentré, une solution de nitrate d'argent (24 grains pour une once d'eau) : il préférait surtout pour cette cautérisation l'acide hydrochlorique à 22 ou 24 degrés, bien que ce moyen ait l'inconvénient de dégager beaucoup de vapeurs qui peuvent suffoquer le malade, et lui inspirent de l'effroi. Plus tard, quand les voies aériennes étaient envahies, il insufflait toutes les trois heures de la poudre d'alun dans la trachée-artère, et faisait prendre à haute dose du calomel préparé à la vapeur et mêlé à du miel, deux grains toutes les demi-heures, par exemple. Ainsi il a fait prendre à un enfant de vingt-neuf mois, et qu'il a sauvé, jusqu'à quatre gros de ce médicament en 67 heures. Souvent il lui a joint, quand la toux était sèche et que les fausses membranes ne pouvaient pas se détacher, le *polygala senega*, cinq grains par dose.

Perforations du périnée par suite de l'accouchement, et sortie de l'enfant par cette voie. — M. Capuron lit un mémoire critique de celui qu'a présenté sur ce sujet M. Moreau dans l'avant-dernière séance de l'Académie (Voyez le tome présent des *Archives*, page 282). Ce médecin n'a jamais cru possible le passage de l'enfant à travers les déchirures périnéales, dans lesquelles ne sont intéressés ni l'anus, ni la commissure postérieure de la vulve ; et le mémoire de M. Moreau n'a pas vaincu à cet égard son incrédulité. Les faits qu'a rapportés M. Moreau lui paraissent, en effet, pécher en deux points essentiels : 1.° parce que les dimensions des enfans n'y sont pas indiquées, dimensions qu'il importe cependant de connaître toujours pour les opposer à celles du bassin, quand il s'agit de prononcer sur la possibilité ou l'impossibilité d'accouchemens anormaux ; 2.° parce que les trois dernières positions du sommet de la tête y sont présentées comme cause de la perforation centrale du périnée, tandis qu'il est, selon lui, géométriquement impossible que l'accouchement se termine seul dans ces trois positions, à moins que la tête de l'enfant ne soit très-petite, ou le bassin de la mère plus large qu'à l'ordinaire. A ces premières objections, M. Capuron ajoute un examen critique de chacune des observations rapportées par M. Moreau : 1.° dans celle de M. Evrat, on n'a parlé ni du volume de l'enfant, ni des dimensions du bassin de la mère, ni de la forme de la vulve. On dit seulement que la tête s'engagea sans beau-

coup de peine dans l'excavation pelvienne. Or, si on rapproche de ce dernier fait, que la femme était primipare, et que la présentation de l'enfant était l'occipito-symphysienne droite, on aura toutes présomptions de croire, dit M. Capuron, que l'enfant était petit, ou le bassin de la mère plus large qu'à l'ordinaire. D'ailleurs, s'est-on bien assuré que l'enfant a passé par la perforation périnéale, et non par la vulve? 2.° Dans le cas de la jument bouclée de Harvey, ce n'est point, dit M. Capuron, le périnée proprement dit qui s'est déchiré, mais bien la partie latérale du pudendum comprise entre la lèvre droite et la hanche du même côté. Le cas est donc étranger à la question. D'ailleurs, combien n'est-il pas probable encore, qu'ici le poulain était plus petit qu'à l'ordinaire, puisque la gestation de la jument avait été méconnue jusqu'au jour du part. 3.° Dans l'observation de Nedey, même silence sur le volume de l'enfant, et de plus, comme c'est pendant que l'accouchée était sur une espèce de chaise percée que la déchirure périnéale s'est faite et que l'accouchement a eu lieu, la sage-femme n'a ni vu, ni senti au toucher, l'enfant sortir par la déchirure. 4.° M. Capuron reproche à l'observation de Coutouly cette même omission des dimensions du fœtus : il soupçonne que cet habile accoucheur aura négligé de soutenir convenablement le périnée, et aura cru que l'enfant était sorti par la déchirure de cette partie, tandis qu'il aura passé par la voie ordinaire, la vulve. Il objecte enfin à cette observation, que Coutouly et Baudelocque ont varié dans la description qu'ils ont donnée de la forme et de l'étendue de la déchirure périnéale, et que, d'après Baudelocque, cette déchirure aurait été du même genre que celle de la jument de Harvey, c'est-à-dire entre la vulve et la hanche, et non dans le périnée. 5.° Dans l'observation de Denmann, cet accoucheur ne dit pas que le fœtus a passé par la déchirure périnéale; mais seulement qu'il a senti cette déchirure se faire sous sa main, et avant que la tête de l'enfant soit sortie. 6.° Dans l'observation de Champenois, la femme avait eu dans son enfance un dépôt près de la fourchette, duquel était résultée une cicatrice dure, comme calleuse, qui rétrécissait la vulve et rendait la sortie de l'enfant impossible par cette voie. D'ailleurs, le sphincter de l'anus était compris dans la déchirure, ce qui donnait plus d'espace pour le passage de l'enfant, et encore n'est-il pas dit que ce passage ait eu lieu. 7.° Enfin, M. Capuron récuse l'observation de M. Joubert, sur le motif que cet accoucheur avait de son aveu perdu la tête dans cet accouchement. Il préjuge, d'ailleurs, que, vû la présentation de l'enfant dans une des positions occipito-postérieures, et vu la rapidité de l'accouchement, l'enfant devait être fort petit. M. Capuron revient encore ici sur cette assertion, que la tête ne peut jamais se dégager au détroit inférieur dans les trois der-

nières positions du sommet, à moins qu'elle ne soit plus petite, où le bassin de la mère plus large qu'à l'ordinaire. Il invoque l'autorité de madame Lachapelle, qui, comme lui, ne croyait pas que l'enfant pût jamais passer à travers les déchirures centrales du périnée. Les accoucheurs se sont, dit-il, fait en ceci illusion, au même titre que les femmes primipares, qui, dans les derniers temps du travail, croient que leur enfant va se faire jour par l'anus.

BRULURES. — M. Larrey annonce avoir traité avec succès de larges brûlures, avec l'appareil inamovible des fractures des membres compliquées de plaies. Il perce toutes les phlyctènes de la brûlure, et en fait sortir la sérosité; et le plus promptement possible, avant tout travail de suppuration, il pose des couches de coton cardé sur la brûlure, et les maintient avec des compresses et une bande légèrement serrée, sans rien déranger jusqu'à la guérison complète. Les douleurs s'appaisent aussitôt; au lieu d'une suppuration abondante, il ne se fait qu'un léger suintement séreux, qui même est bientôt tari; la cicatrice se fait sous le coton, et est achevée en quinze jours au plus tard. M. Larrey a déjà dix cas de succès; et à la première séance de l'Académie, il présentera un des malades qu'il a guéris par cette méthode, et qui avait à l'avant-bras une large brûlure faite par de la graisse bouillante.

CATHÉTÉRISME. — M. Amussat rend compte d'une observation de cathétérisme chez un homme de soixante-seize ans, qui avait été sondé plusieurs fois depuis deux ans avec une difficulté telle, qu'on avait fait des fausses routes, et qui portait depuis son enfance une hernie inguinale droite. Cette hernie faisait dans le scrotum une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, et apportait un grand obstacle au cathétérisme, en déviant le pénis à gauche, et comprimant le canal de l'urètre. M. Amussat n'ayant pu réussir, ni avec une sonde d'argent, ni avec une sonde de gomme élastique garnie de son mandrin, même après avoir fait une injection dans la vessie, imagina d'user d'une sonde de gomme élastique sans mandrin et flexible; ayant pu la faire pénétrer jusqu'à la prostate, il y introduisit alors un mandrin, courbe et à plaque, et arriva dans la vessie. M. Amussat fait remarquer que dans ce mode d'opérer, il faut que la sonde de gomme élastique n'ait qu'un œil, et que cet œil soit toujours tourné vers la partie inférieure du canal de l'uréthre, sinon lorsqu'on introduirait le mandrin, on courrait risque de blesser le canal et de faire fausse route. Il ajoute que dans des cas de courbure irrégulière de l'uréthre, il a employé aussi avec succès un mandrin à ressort, formé d'une tige élastique à laquelle on peut donner diverses courbures au moyen d'un fil métallique plus ou moins tendu et fixé par une sorte de crémaillère, et que l'on peut rendre entiè-

rement droit en lâchant le ressort. Du reste, la mort du malade a permis de vérifier : 1.° que la tumeur herniaire contenait tout l'épiploon et le gros intestin ; 2.° que l'urètre avait souffert diverses fausses routes au bulbe et à la prostate ; 3.° que la prostate était très-volumineuse, et que son lobe transverse mettait obstacle à la pénétration des sondes ; 4.° que les parois de la vessie étaient hypertrophiées et offraient intérieurement ces saillies connues sous le nom de *colonnes* ; 5.° qu'enfin au-dedans d'elle étaient des calculs enchâtonnés dans trois culs-de-sacs situés à sa partie supérieure et postérieure. — M. Amussat remarque qu'ici, ni la lithotritie, ni aucune taille sous-pubienne, n'auraient pu être utiles, et que la taille par le haut appareil était la seule applicable (1).

Académie royale des Sciences.

Séance du 5 avril. — Os Hyoïde. — M. Cuvier termine la lecture du Mémoire qu'il avait commencé dans la séance du 13 mars dernier, sur l'os hyoïde. Il avait alors examiné cet appareil osseux chez les animaux qui respirent dans l'air : aujourd'hui il l'examine chez ceux qui respirent par l'intermède de l'eau. Mais M. Geoffroy Saint-Hilaire considérant ces os, chez les poissons, comme formés du mélange des pièces propres aux hyoïdes ordinaires, avec d'autres pièces qui ne se rencontrent que dans le sternum des oiseaux, il devient indispensable de traiter d'abord du sternum dans les diverses classes d'animaux.

M. Cuvier passe donc successivement en revue le sternum chez les quadrupèdes, les oiseaux, les reptiles, etc., tant sous le rapport du nombre de leurs pièces que sous celui de leurs connexions. Il prouve qu'il n'y a pas même apparence d'unité de nombre, car les pièces varient de 1 à 11 ; cet organe est même réduit à zéro chez une assez grande quantité d'animaux, par exemple chez les invertébrés et chez beaucoup de vertébrés, tels que les serpens. Il en est de même de l'unité de connexions. Tantôt, et c'est le plus ordinaire, il y a des côtes et un sternum ; tantôt des côtes sans sternum (dans les serpents) ; tantôt un sternum sans côtes (dans les grenouilles). Les rapports avec la clavicule n'offrant pas moins de variations, il ne restait donc que les fonctions pour établir l'analogie ; mais M. Geoffroy Saint-Hilaire a invoqué leur témoignage seulement, et avec raison, quoiqu'il eût prétendu jusqu'alors que la théorie des analogues basait exclusivement ses déterminations sur la considération des élémens anatomiques.

(1) Le défaut d'espace nous empêche de mettre la suite des séances.

Substituant aux principes d'unité de composition ceux qu'il professe, M. Cuvier fait remarquer que, chez les quadrupèdes, où la poitrine doit, pour la facilité de la marche, être droite et flexible, où le sternum n'a qu'un effort médiocre à soutenir, cet os est composé de plusieurs petits os placés à la file; chez les oiseaux, où les muscles énormes que nécessite le vol doivent y trouver des points d'attache, et où les mouvemens violens de ce genre particulier de progression doivent être supportés par lui, il est élargi, muni d'une crête saillante, et formé de cinq grandes pièces placées en quinconce, appuyées les unes sur les autres par de larges sutures, et qui bientôt se soudent en un seul disque aussi robuste qu'étendu. Dans les tortues, où il devait servir d'arc-boutant à la voûte épaisse qui recouvre ces animaux, il se compose de neuf pièces un peu autrement arrangées, et toujours de la manière la plus propre à remplir ce but.

Mais le sternum, quoi qu'on en ait dit, est si peu un organe nécessaire à la respiration, que dans les serpens, qui respirent tout aussi bien que les autres animaux à poumons, on n'en rencontre pas du tout. La raison de cette absence n'est pas moins sensible que celle des modifications dont il vient d'être question. Le corps alongé des serpens ne pouvait se mouvoir que par des ondulations faciles et répétées; un sternum qui eût réuni leurs côtes eût été un obstacle à ces ondulations; il était incompatible avec les autres caractères de ces animaux, et par conséquent a dû y disparaître. Aussi en trouve-t-on à peine un vestige dans un ou deux genres, les *orvets* et les *ophisaures*, genres que certains naturalistes regardent même, et peut-être avec raison, comme plus voisins des lézards que des vrais serpens.

Passant à l'examen des faits d'analogie empruntés à l'organisation de l'hyoïde chez les poissons, M. Cuvier commence par rappeler que c'est à M. Geoffroy Saint-Hilaire qu'est due la première détermination précise du nombre de pièces dont se compose cet organe chez les poissons osseux. Il examine ensuite comparativement, chez les différens individus de cette classe, le nombre, les connexions des parties dont il se compose, par rapport à ce qu'il est chez les autres animaux. La structure de l'os hyoïde chez les poissons, qu'il trouve très-différente de celle des animaux aériens, s'explique en ce que la respiration des poissons se faisant par un transport continuel de l'eau au travers de la bouche et des branchies, l'hyoïde est un organe principal de ce mouvement, qui se répète uniformément pendant toute la vie du poisson : il était naturel qu'il reçût un développement plus considérable, des pièces plus grandes et en plus grand nombre, en un mot, qu'il fut plus *puissancié*, comme disent les allemands, que dans les animaux à poumons, où son usage est à-peu près restreint à la déglutition et à la voix, tandis que, dans ces derniers, c'était

le sternum qui, remplissant les mêmes fonctions, devait être élevé à une plus haute puissance.

Rappelant les efforts faits par M. Geoffroy Saint-Hilaire pour ramener la composition de l'hyoïde des poissons à celle des autres vertébrés, M. Cuvier prétend que c'est au moyen d'une succession de mouvemens imaginaires, de culbutes, d'observations exceptionnelles, qu'il est arrivé à son but, et il applique une critique spéciale à chacune des opérations de son adversaire. Il s'attache surtout à le montrer en contradiction avec sa théorie, et à prouver que les caractères qu'il avait présentés d'abord comme propres à sa méthode, il les néglige dans quelques circonstances pour recourir à ceux qu'il avait déclaré lui être tout-à-fait étrangers. Ainsi M. Geoffroy, après avoir démontré que la théorie des analogues base uniquement ses déterminations sur la considération des élémens anatomiques, à l'exclusion des formes et des fonctions, s'est cependant renfermé dans ces dernières toutes les fois que les autres ne lui ont pas fourni d'argumens favorables. En général, dit M. Cuvier, le malheur de M. Geoffroy, dans ses spéculations, a été de n'avoir en vue que le squelette, d'imaginer des mouvemens tels que la nature pourrait les produire si elle n'avait qu'à jouer avec des os qui ne seraient liés que par du fil de fer. M. Cuvier ne croit pouvoir mieux exprimer la manière dont M. Geoffroy conçoit les changemens perpétuels de connexions ; en effet, les muscles, les vaisseaux, et toutes les parties molles sont oubliées : cependant, si la nature s'est astreinte à conserver les nombres, ou au moins les connexions, elle doit s'y être astreinte pour les muscles autant que pour les os ; car les muscles sont, pour ainsi dire avant les os, ou du moins ce sont eux qui en déterminent le formes et les relations.

En définitive, ajoute M. Cuvier, pour l'hyoïde comme pour les autres organes, ni l'unité de composition, ni l'unité de plan, ni aucun principe de la théorie de analogues ne sont applicables. Les poissons, en qualité de vertébrés, ont un hyoïde parce que, comme les autres vertébrés, ils respirent par la bouche ; c'est un caractère d'embranchement En qualité de poissons, ils ont un hyoïde plus grand, plus fort, plus compliqué que les autres vertébrés, parce que chez eux, à cause de leur respiration branchiale, l'hyoïde a un plus grand emploi, une fonction plus continue, plus importante ; c'est un caractère de classe, et voilà tout. Mais la nature n'a pas été obligée, pour le développer ainsi, d'aller chercher, emprunter des fragmens de sternum et de côtes, et de venir les coudre à un mécanisme auquel ils avaient jusque-là été étrangers. Quand même elle l'aurait voulu, elle ne l'aurait pas pu de la manière que la théorie des analogues l'indique : mais elle n'avait nul besoin de le vouloir. Comment ! la théo-

rie des analogues lui permet bien de donner 180 vertèbres, 260 paires de côtes aux serpens, tandis qu'elle ne donne aux grenouilles qu'un très-petit nombre de vertèbres et aucune côte, et elle ne lui permettrait pas de donner quatre ou cinq os de plus à l'hyoïde des poissons, à moins de les aller prendre dans le sternum des oiseaux? « Pour moi, dit en terminant M. Cuvier, je pense que les formes créatrices de la nature suffisaient pour donner aux poissons, comme à ses autres productions, ce qui était nécessaire à chacun d'eux. Examiner ces nécessités, rechercher comment il y a été satisfait; ce sont là les vieux principes qui, dit-on, ne méritent plus de servir de base à la zoologie. J'ignore s'ils sont dignes de tant de mépris; mais certainement tous ceux qui viennent de m'entendre conviendront que, sur ce point, ils n'ont pas encore été remplacés. »

— M. Geoffroy Saint-Hilaire, après avoir entendu la lecture de ce mémoire, dit qu'il ne se tient pas pour battu; qu'il a des raisons qui lui semblent tout-à-fait péremptoires; mais que, comme cette discussion se prolonge, il ne pense pas devoir en occuper plus longtemps l'Académie; il les soumettra au public par la voie de l'impression.

Séance du 12 *avril.* — LITHOTRITIE. — M. Tanchou adresse à l'Académie ses instrumens lithotriteurs avec leur description et l'indication de la manière de s'en servir. Après avoir annoncé que longtemps il a cherché un moyen de dissoudre la pierre dans la vessie, et que l'inutilité de ses essais l'a conduit naturellement à diriger ses vues vers la lithotritie, il ajoute que, pour la perfectionner, il a changé en totalité le système sur lequel reposent toutes les méthodes adoptées jusqu'ici pour la pratique de cette opération. Chez quelques calculeux, ou bien la glande prostate est trop grosse, ou le canal urinaire est trop courbé; il est parvenu à le redresser graduellement au moyen d'un mandrin articulé qu'il a fait fabriquer à cette intention. Si l'existence d'une pierre dans la vessie est douteuse, il s'en assure à l'aide du sthétoscope et d'une sonde dite à *chapelet*, qui est munie d'inégalités, et sans laquelle on ne pourrait reconnaître positivement la présence du corps étranger; du reste, M. le professeur Récamier se sert aussi d'une sonde semblable. Pour rendre le calcul plus facile à saisir, M. Tanchou a substitué à la pince à trois branches une pince qui en a dix, l'une desquelles se cache dans l'intérieur du tube principal, d'où elle ne sort que lorsque la pierre est saisie, et afin de l'envelopper tout-à-fait; le calcul, pris au-delà de ses diamètres, est embrassé de toutes parts avec cette pince, et ne peut plus s'échapper; des précautions sont prises pour qu'aucune branche ne soit offensive, et un cordonnet de soie, passé dans un œil pratiqué à l'extrémité de chacune d'elles, empêche que

la vessie ne soit pincée ou accrochée. En outre, le calcul enfermé dans cette espèce de cage y est solidement retenu, et peut y être retourné dans tous les sens à volonté. M. Tanchou déclare que l'idée de cette pince ingénieuse ne lui appartient pas, qu'elle est due à feu Meirieux. Pour placer le malade convenablement pendant l'opération, M. Tanchou a inventé un lit en fer à deux supports, qui remplit, dit-il, toutes les conditions que l'on peut désirer : le malade peut y être couché ou assis, à la volonté de l'opérateur et selon les temps de l'opération ; de plus, ce lit a l'avantage de pouvoir être plié et de se réduire de trente pouces de hauteur à six, ce qui peut faciliter son transport d'un endroit dans un autre. Avec ces instrumens, le calcul peut être détruit en une seule séance, et sans laisser de fragmens, parce qu'il est détruit couche par couche, en allant de la circonférence au centre.

Respiration. — M. Flourens lit un mémoire contenant *ses expériences sur le mécanisme de la respiration des poissons*. Il s'est proposé de déterminer comment l'eau agit dans la respiration des poissons. L'eau peut exercer ici trois genres d'action : une action chimique, dans le cas où elle serait décomposée dans l'acte de la respiration, comme le crurent jadis plusieurs ichthyologistes ; une action physique, par exemple, celle d'empêcher le dessèchement des branchies, et l'auteur pense qu'on donne généralement trop d'importance à ce mode d'action ; enfin, une action mécanique, et c'est celle-là qu'il considère comme la principale. M. Flourens rappelle les recherches qui ont été faites précédemment sur la respiration des poissons et sur la structure de l'appareil qui sert à cette fonction. Il s'arrête surtout sur les travaux de Duverney. « Ce savant, dit-il, quoique ayant décrit en général très-bien la plupart des mouvemens qui constituent le mécanisme de la respiration des poissons, n'a pourtant pas aperçu ce mécanisme dans son entier, et c'est pour cela qu'il a donné une explication erronée de ce phénomène si singulier, savoir : que les poissons meurent par asphyxie dans l'air, où pourtant ils devraient respirer plus commodément, puisqu'ils ne respirent pas l'eau, mais l'air qui y est mêlé. » Après avoir décrit les deux mouvemens principaux qui constituent la respiration d'un poisson dans l'eau, l'inspiration ou entrée de l'eau par la bouche, et l'expiration ou sortie de ce liquide par l'ouverture des ouïes, M. Flourens arrive à dire que, quelque variés et quelque nombreux qu'ils soient, ces mouvemens ne composent pas à eux seuls tout le mécanisme respiratoire, et qu'ils ne sont qu'un moyen de produire le développement des branchies ; c'est le point que Duverney a tout-à-fait négligé. Comment donc se fait ce développement ?

« Si l'on examine, dit l'auteur, un poisson qui respire dans l'eau,

d'une respiration libre et régulière, on voit ses branchies s'approcher ou s'écarter, ou, en d'autres termes, se resserrer et se développer tour à tour. Pour mieux suivre ce mécanisme du mouvement dans tous ses détails, j'ai successivement enlevé sur plusieurs tanches et sur plusieurs carpes, soit l'opercule d'un seul côté, soit les deux opercules, et comme ces ablations n'ont pas empêché ces poissons de survivre pendant plusieurs jours, j'ai pu répéter et varier avec tout le soin convenable mes observations. J'ai donc vu que, pendant la respiration, les branchies 1.° s'écartent et se rapprochent les unes des autres tour à tour; 2.° qu'elles s'écartent l'une de l'autre en se portant en avant, et qu'elles se rapprochent en se portant en arrière; 3.° que dans leur rapprochement elles ne vont jamais jusqu'à se toucher, et gardent toujours une certaine distance entr'elles: 4.° Qu'au contraire, les deux feuillets de chaque branchie, après s'être brusquement détachés et écartés, se réappliquent promptement et complètement l'un sur l'autre; 5.° que les branchies sont continuellement agitées d'un double mouvement d'extension et de raccourcissement alternatif, d'une part, et de rotation d'arrière en avant et d'avant en arrière de l'autre; 6.° que les lames ou franges de chaque feuillet, comme les deux feuillets de chaque branchie, après s'être écartés, se rapprochent et vont quelquefois jusqu'à se toucher. J'ai vu en second lieu que les arcs branchiaux 1.° ont chacun deux mouvemens distincts, l'un de rotation d'avant en arrière et réciproquement; l'autre d'élongation et de raccourcissement alternatifs, lequel, comme le mouvement particulier de l'arcade palatine, avait échappé à Duverney, et qui, comme le mouvement de cette arcade, a été si bien décrit par M. Cuvier; 2.° que le mouvement de rotation ou de transport en avant correspond toujours au mouvement d'élongation, et le mouvement de rotation en arrière au mouvement de raccourcissement; 3.° que le mouvement de rotation en avant écarte les arceaux, et que celui de rotation en arrière les rapproche; et 4.° ce qui se voit surtout par la bouche maintenue ouverte, que le mouvement d'écartement va jusqu'à amener un vide entre les dentelures des arceaux, et le mouvement de rapprochement jusqu'à porter ces dentelures les unes sur les autres. »

M. Flourens examine ensuite l'ordre que ces mouvemens divers observent entr'eux. Il a constaté 1.° que la rotation des arcs et des branchies en avant, la séparation des deux feuillets de chaque branchie, l'éloignement des lames ou franges de chaque feuillet, c'est-à-dire tous les mouvemens d'écartement ou de développement s'opèrent simultanément. 2.° Que, par opposition, la rotation des arcs et des branchies en arrière, la rejonction des feuillets, le réappliquement des lames, c'est-à-dire tous les mouvemens de resserrement.

ou de rétrécissement s'opèrent de même simultanément. 3.° Que chacun de ces deux mouvemens principaux ; soit de resserrement, soit de développement, correspond toujours à un mouvement pareil des parties extérieures de la respiration.

Quels sont donc les ressorts par lesquels ces deux mécanismes s'opèrent, soit dans l'air, soit dans l'eau? On sait ce qui se passe lorsque le poisson respire librement dans l'eau : si l'on met un de ces animaux dans l'air, toutes les parties qui se mouvaient dans l'eau, ses mâchoires, son hyoïde, son arcade palatine, etc., non seulement se meuvent encore, mais aussi elles le font avec une énergie, avec une violence qu'elles n'avaient pas dans l'eau. Cependant le poisson meurt bientôt par asphyxie : donc, ni le mouvement de toutes ces parties, puisqu'il subsiste, ni l'intervention de l'air, puisque l'animal y est plongé, ne suffisent pas pour l'accomplissement de la respiration. Si alors on examine ce qui se passe dans les branchies elles-mêmes, on les voit ainsi que toutes leurs parties, quand le poisson respire dans l'eau, se mouvoir dans l'ordre d'écartement et de rapprochement alternatifs signalé plus haut. Mais si l'animal est placé dans l'air, tout aussitôt les branchies ne se meuvent plus ; il n'en est donc pas de leur mouvement comme de celui de l'appareil extérieur ; celui-ci persiste dans l'air ; celui-là n'y persiste pas. M. Flourens a observé, sur plusieurs de ces animaux, que, dans l'air, les branchies et toutes leurs parties ne formaient plus qu'une masse, un faisceau solide qui à peine se mouvait en bloc. A peine si les branchies, ébranlées par les efforts violens de l'appareil extérieur, glissaient un peu les unes sur les autres ; mais aucune partie de cette masse qu'elles formaient ne se détachait, ne se séparait, ne s'écartait plus ; toutes ces parties étaient attachées et collées les unes aux autres. En replongeant, au contraire, l'animal dans l'eau, on voyait aussitôt toutes ces parties se détacher et se séparer, les branchies prendre une certaine distance entre elles, leur feuillets s'ouvrir et se fermer tour-à-tour, leur lames s'éloigner et se rapprocher. Ainsi, le développement total des branchies, but final de tout le mécanisme respiratoire, ne s'opérant complétement que dans l'eau, et ne s'opérant plus dans l'air, l'animal ne respire donc réellement plus dans ce dernier milieu, ou s'il y respire, ce n'est que d'une manière très-imparfaite, et conséquemment, il succombe bientôt par asphyxie. Le mouvement actif de l'appareil extérieur ne suffit donc pas, sans l'intervention de l'eau, pour opérer le développement des branchies, pas plus que le mouvement du thorax, dans les mammifères et dans les animaux, ne suffit à développer le poumon sans l'intervention de l'air. Ainsi donc l'eau joue un rôle constant et déterminé dans la respiration des poissons, et ce rôle est d'écarter les branchies

et de les maintenir dans un certain degré d'écartement. De plus, le mouvement oscillatoire des feuillets et des lames s'exécute dans l'eau sous l'influence du plus léger effort, puisque ces parties y sont dans un état presque d'équilibre. Dans l'air, au contraire, il faudrait, pour les mouvoir, surmonter l'action totale de leur pesanteur. Tout autre liquide peut remplacer l'eau pour produire le développement des branchies, et M. Flourens s'en est assuré en plongeant des poissons dans du vin et dans de l'huile; mais on sent que les qualités nuisibles de ces liquides et le défaut d'air ne permettraient à l'animal de survivre que quelques instans.

Puisque la respiration du poisson ne dépend, quant au mécanisme, que du développement des branchies, si l'on entravait ce développement dans l'eau, l'animal y succomberait bientôt par asphyxie comme dans l'air. C'est ce qui arrive en effet quand on lie les opercules de manière à empêcher complètement leurs mouvemens, de même que lorsqu'on diminue la somme de surface des branchies en enlevant successivement un, deux et trois de ces organes de chaque côté. On a admis jusqu'à présent, plutôt que prouvé, que la mort du poisson dans l'air était le résultat d'une asphyxie. M. Flourens a jugé utile de faire quelques expériences qui pussent établir ce fait d'une manière positive. Il a maintenu dans l'air, pendant un certain temps, des tanches et des carpes, et il a vu que ces poissons, lorsqu'ils étaient déjà près de succomber, reprenaient tout-à-coup une certaine énergie du moment qu'on écartait les branchies, augmentant artificiellement les surfaces présentées à l'air. Cette expérience se fait mieux quand on a d'abord coupé les opercules de l'animal. On voit les branchies devenir peu-à-peu bleuâtres, puis noirâtres, et alors la suffocation est très-voisine. Mais si l'on dilate alors les branchies, on les voit redevenir plus ou moins rouges, et les signes de suffocation disparaissent.

On voit donc, dit M. Flourens, 1.° que dans les poissons, comme dans les vertébrés aériens, le but définitif de tout le mécanisme de la respiration est le développement de l'organe respiratoire même; 2.° que, dans les poissons, le développement de cet organe ne peut être opéré que par l'intervention de l'eau; 3.° que, quelqu'énergiques que se maintiennent les mouvemens du reste de l'appareil dans l'air, ces mouvemens n'y produisent pas de développement; et 4.° que c'est parce que ce développement n'est pas produit, que l'animal y succombe par asphyxie. On voit maintenant que la contradiction entre ces deux faits, l'un, que le poisson ne respire dans l'eau que l'air, et l'autre qu'il meurt asphyxié dans l'air, n'est qu'une contradiction apparente, puisque c'est précisément quand il est dans l'air que l'air ne pénètre pas dans les poumons, et que l'air n'y pénètre que quand il est dans l'eau.

Séance du 10 mai. — Salicine. — M. Magendie fait, en son nom et en celui de M. Gay-Lussac, un rapport sur un mémoire de M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, mémoire destiné à faire connaître un nouveau principe végétal présenté comme un succédané de la quinine.

M. Leroux, sachant que le saule avait été employé plus d'une fois avec avantage comme amer et fébrifuge, voulut savoir si les écorces sans valeur qui sont détachées de l'osier (*salix helix*), avant de le mettre en œuvre, ne contiendraient point quelque principe actif analogue à la quinine. L'analyse lui fournit deux produits qu'il adressa à l'Académie; l'un, qu'il nommait *salicine*, et qu'il considérait comme une base salifiable; l'autre, qu'il donnait comme un sulfate de cette base. Il signalait ces deux substances comme douées de propriétés fébrifuges; cette propriété ne pouvant se constater que par des expériences long-temps répétées, les commissaires nommés par l'Académie n'étaient pas encore en mesure de faire leur rapport, lorsque M. Leroux reconnut lui-même que la salicine n'est point une substance alcaline, et que, loin de saturer les acides, elle est décomposée par eux et privée de sa propriété de cristalliser; enfin, qu'elle ne contient point d'azote, et qu'ainsi elle ne peut, sous aucun rapport, être assimilée aux alcalis végétaux découverts depuis quelques années. L'analyse faite par MM. les commissaires a confirmé pleinement la nouvelle opinion de M. Leroux.

La salicine, lorsqu'elle est pure, se présente sous la forme de cristaux blancs, très-ténus et nacrés; elle est très-soluble dans l'eau et l'alcohol, mais non dans l'éther; sa saveur est des plus amères, et rappelle l'arome de l'écorce du saule. Pour l'obtenir, on fait bouillir pendant une heure trois livres de l'écorce de saule (*salix helix*, déterminé par M. Desfontaines) séchée et réduite en poudre, dans quinze livres d'eau chargée de quatre onces de carbonate de potasse. On passe, on ajoute à froid deux livres de sous-acétate de plomb liquide, et on laisse déposer; puis on filtre et on traite par l'acide sulfurique, en achevant de précipiter le plomb par un courant d'acide hydrosulfurique. Il faut alors saturer l'excès d'acide par le carbonate de chaux, filtrer de nouveau, concentrer la liqueur et la saturer jusqu'à neutralisation par l'acide sulfurique étendu; on décolore ensuite par le noir animal, on filtre bouillant, et, enfin, on fait cristalliser à deux reprises et sécher à l'abri du contact de la lumière. Cette opération, susceptible sans doute d'être beaucoup simplifiée, donne environ une once de salicine; faite en grand, elle pourrait en donner le double, attendu les pertes occasionnées par le noir, et les filtrations répétées sur une aussi petite quantité. Cette substance se conserve dans des flacons bien bouchés et n'attire point l'humidité.

La salicine jouit-elle de la vertu fébrifuge? Peut-elle remplacer la quinine? Sur le premier point, M. Magendie s'est assuré, par des essais sur des fièvres de différens types, que la salicine est un agent fébrifuge suffisant pour arrêter les fièvres d'accès, sans en porter la dose très-haut. Il a vu des fièvres coupées du jour au lendemain par trois doses de salicine de six grains chaque. Des résultats analogues ont été obtenus par d'autres praticiens. M. Magendie cite les expériences de M. le docteur Miguel, à l'hôpital de la Charité; celles de MM. Husson et Bally, à l'Hôtel-Dieu, et d'autres encore dues à plusieurs praticiens de Paris et des départemens. Tous se sont accordés à ne pas donner plus de vingt-quatre à trente grains de salicine pour arrêter complètement les accès de fièvre, quel que fût leur type. C'est à-peu-près la dose du sulfate de quinine. « En résumé, dit M. le rapporteur, la découverte de M. Leroux est, sans contredit, l'une des plus importantes qu'on ait faites depuis plusieurs années en thérapeutique. On doit savoir d'autant plus de gré à M. Leroux des résultats de son travail, que plusieurs chimistes, parmi lesquels se trouvent Rigatelli, Buchner et Fontana, s'étaient déjà occupés de l'écorce du saule, et pensaient y avoir trouvé le principe actif dans son état de pureté. Mais il est évident, d'après les termes mêmes de ces chimistes, qu'ils ne sont point arrivés à isoler la salicine pure et cristallisée, telle que M. Leroux l'a fait connaître. »

Voix humaine. — M. Cuvier lit, en son nom et en celui de MM. Prony et Savart, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bennati, intitulé : *Du mécanisme de la voix humaine pendant le chant.* Le but de ce mémoire est de faire connaître la part que prend, dans les modulations de la voix, un organe aux fonctions duquel les physiologistes ont donné assez peu d'attention; c'est le voile du palais, ou plutôt le détroit du gosier formé par le voile du palais, ses deux piliers et la base de la langue.

On sait que les physiologistes qui se sont occupés de l'organe de la voix l'ont comparé, les uns, à un instrument à cordes, les autres, à un instrument à anche. M. Savart l'a comparé heureusement à une espèce particulière d'appeau, et a établi que les deux ligamens de la glotte et les ventricules qui les séparent prennent une part essentielle à la formation principale du son. Il a fait voir en même temps que la nature des parois de la bouche, sa configuration intérieure, et le plus ou moins de tension des parties qui la forment, concourent à modifier ce son primitif, et peuvent surtout le faire baisser par des moyens qui ne consistent point dans le plus ou moins de hauteur ou d'abaissement du larynx pris dans sa totalité. M. Savart ne s'était pourtant point occupé du rôle spécial de chacune des parties de la bouche, et il n'a point examiné non plus celui que le voile du palais

peut remplir. En général, on s'est peu occupé de ce second détroit, par lequel l'air qui produit la voix est obligé de passer. Fabricius, d'Aquapendente, en avait cependant fait remarquer l'importance, après avoir montré que la voix se forme à la glotte, après avoir fait connaître les rapports d'élévation et d'abaissement du larynx, et, par conséquent, les variations en longueur de la cavité buccale. Cet illustre anatomiste décrit aussi les variations en largeur que subit le même organe en passant des tons graves aux tons aigus. Ferrein, bien long-temps après, paraît s'être occupé des mêmes considérations et avoir été encore plus loin que Fabricius; car, en terminant son mémoire sur la voix, il dit que les cordes vocales ne sont pas les organes de toutes les espèces de voix; qu'une certaine voix de gosier et un fausset de même nature sont produits par un nouvel organe dont il a constaté l'existence, et qu'il se propose de faire connaître dans un second mémoire. Le mémoire promis n'a jamais paru, et ainsi on ne sait pas quel était l'organe dont il voulait parler; Haller a supposé que c'était le voile du palais, mais, du reste, il n'a point dit comment cette partie concourait à la formation de la voix.

Dans une thèse soutenue à Tubingue, en 1781, M. Hellvay a consigné ce fait: que, dans la voix de fausset, la luette se contracte; tandis que, dans la voix ordinaire, elle ne change point de forme. Voilà à-peu-près tout ce qui avait été dit sur le rôle que joue le voile du palais dans les productions de la voix, avant le mémoire dont il est question ici. M. Bennati, qui joint aux connaissances d'un médecin un grand exercice de l'art du chant, et qui a l'une des voix les plus étendues que l'on connaisse, a donné une attention particulière à ces mouvemens; il s'est assuré que la langue elle même, en se relevant, en s'abaissant, ou même en se creusant en canal, exerce une influence puissante sur les modulations, et que, pour que le larynx puisse donner une entonation quelconque, il est nécessaire que l'os hyoïde soit maintenu fixement dans une position déterminée. Il a reconnu en outre que les notes improprement appelées *de la tête* et *de fausset*, sont dues au travail presque exclusif et à la plus forte contraction supérieure du tuyau vocal. Il les nomme, en conséquence, notes *sus-laryngiennes*, et il appelle leur réunion *second registre*, pour les distinguer des notes dites *de poitrine*, qu'il aime mieux appeler *laryngiennes*, et dont il nomme l'ensemble *premier registre*. Il ne veut pas dire cependant par là que le larynx ne soit pour rien dans les unes, ni le gosier dans les autres; mais il veut seulement montrer la part plus essentielle que prend le gosier à celles du *second registre*. Quant au troisième registre, dont parlent quelques méthodes de chant, il le regarde comme imaginaire, et dû simplement à la vibration plus ou moins forte des dernières notes du premier, et des premières du second.

Les chanteurs dont la voix se compose de deux registres ont besoin de plus d'art pour ménager les transitions d'un registre à l'autre, de façon à les unir pour l'oreille, et se fatiguent plus facilement que les autres. Dans les *soprani sfogati*, qui, au moyen du second registre, dépassent l'échelle ordinaire du *soprano*, on voit la langue se relever par ses bords, et former une cavité sémi-conique. Dans les *soprani* parfaits, dont la voix est modulée presque exclusivement par le premier registre, la langue présente, au contraire, une surface arrondie par l'abaissement de ses bords, et, ce qui n'est pas moins remarquable, leur langue est d'un tiers plus volumineuse que dans les sujets ordinaires. C'est à cette influence de la langue que M. Bennati rapporte le plus ou moins de convenance des divers idiômes pour la musique, selon que les mouvemens qu'exigent de la part de la langue les retours plus ou moins fréquens de certaines lettres, secondent ou contrarient ceux qu'elle est obligée de faire pour la projection de la note.

De la langue, M. Bennati passe aux autres parties du détroit du gosier; il fait remarquer que dans les sons graves, tandis que le larynx s'abaisse, le voile du palais se hausse et se porte en arrière, que la luette se raccourcit et prend plus de consistance. Le contraire arrive dans les tons aigus, et tandis que larynx s'élève, le voile s'abaisse, se porte en avant; la luette se replie sur elle-même; et dans les notes les plus aiguës du second registre elle disparaît tout-à-fait; le détroit prend la forme d'un triangle légèrement émoussé à son sommet. Aussi, les *tenors contr'altini* et les *soprani-sfogati* ont-ils les parties de ce détroit plus mobiles et plus développées que les *basse-tailles*, et il y a des différences proportionnées entre les autres espèces de voix. C'est aussi au voile du palais qu'ils éprouvent de la fatigue après avoir beaucoup chanté dans le second registre, et l'inflammation qui s'y manifeste, si elle se communique à la trachée-artère, arrive rarement aux bronches et aux poumons; tandis que ceux dont le chant dépend surtout du premier registre, ressentent la fatigue aux régions diaphragmatique et thoracique; leurs inflammations sont plus profondes, et finissent souvent par la pleurésie et la péripneumonie.

M. Bennati discute la part que prennent les différens muscles dans les mouvemens du larynx ou du gosier; il rapporte ensuite plusieurs faits relatifs à ces mouvemens; tel est celui d'un malade dont l'amygdale abcédée ne pouvait être aperçue; elle parut subitement au-dessus du gosier, lorsque par le conseil de son médecin, ce malade chanta la note la plus aiguë à laquelle il pouvait atteindre. Il y encore le fait d'un chanteur qui s'étant fait extirper une partie des amygdales, acquit deux notes du premier registre, et en perdit

quatre du second. M. Bennati, en s'attachant, par un exercice commencé de très-bonne heure, à rendre obéissans les muscles de cette partie, est parvenu à se créer un organe qui marque jusqu'à trois octaves. Il indique dans son mémoire les précautions que l'on doit prendre à cet égard pour l'instruction des jeunes gens destinés à la musique vocale; et dont une des principales est d'interrompre les exercices à l'époque de la mue. Enfin, il conclut son mémoire par cette proposition : que ce ne sont pas les seuls muscles du larynx qui servent à moduler les sons, mais encore ceux de l'os hyoïde, ceux de la langue et ceux du voile du palais, sans lesquels on ne pourrait atteindre à tous les degrés de modulation nécessaires pour le chant, d'où il résulte que l'organe de la voix est un instrument *sui generis*; un instrument inimitable par l'art, parce que la matière de son mécanisme n'est pas à notre disposition, et que nous ne concevons pas même comment il s'approprie l'espèce de sonoréité qu'il produit. « M. Bennati, disent en terminant MM. les commissaires, a décrit avec beaucoup plus de détails qu'on ne l'avait fait avant lui, les mouvemens du voile du palais et de ses annexes; et, quoique, dans son travail, il y ait plusieurs choses qui ne sont pas neuves, nous croyons que le mémoire qui nous a été soumis mérite de recevoir l'approbation de l'académie. »

A l'appui de la théorie de M. Bennati, sur les voix du second registre, M. Serres cite le cas d'un forçat de Toulon, qui a été communiqué à l'académie par M. Renaud. Après plusieurs tentatives de suicide chez cet homme, les plaies transversales du gosier s'étaient cicatrisées de manière à oblitérer complètement l'ouverture inférieure du larynx : ce forçat était parvenu cependant à articuler plusieurs mots. M. Duméril ajoute, contre l'opinion de M. Magendie, que ces sons étaient formés par les vibrations de l'air que cet individu accumulait à volonté au fond du larynx, et qu'il ne laissait sortir qu'à mesure qu'il en avait besoin pour parler.

Fièvres intermittentes — Le D.r E. Rousseau adresse trente observations détaillées, recueillies par le médecin du bagne de Rochefort, et par divers praticiens de Paris et des départemens, et qui toutes confirment l'efficacité de la poudre de houx (*Ilex aquifolium.*) dans le traitement des fièvres intermittentes. Il est différentes manières d'employer le houx; la formule la plus ordinaire est la suivante : après avoir fait sécher les feuilles, soit au four, soit à l'air libre, on les pulvérise et on les passe au tamis de soie. La poudre obtenue se donne à la dose de un à deux gros, macérée à froid pendant douze heures dans un verre de vin blanc ordinaire, ou en décoction dans l'eau et sans être passée. On l'administre deux ou trois heures avant l'accès, et dans le cas où cette dose ne suffirait pas pour combattre

victorieusement la fièvre, on en porte la dose à trois gros; on répète quatre, cinq, six et même sept fois cette prescription (ce qui est très-rare), ayant soin toutefois d'attendre une nouvelle rémission de la fièvre, pour en poursuivre l'administration, un peu avant ou pendant l'accès. — La poudre de houx peut encore se donner sous forme de lavement, et on en a obtenu d'heureux effets de cette manière, chez des sujets qui la vomissaient après son ingestion dans l'estomac.

VARIÉTÉS.

De la liste de candidats présentés par la Faculté de Médecine de Paris, pour la chaire d'accouchement vacante.

Depuis 1815, époque où fut aboli le concours dans les Facultés de Médecine, il est peu d'occasions que l'on n'ait saisies pour réclamer ce mode de nomination, le seul qui garantisse l'intérêt de l'enseignement et l'honneur des corps auxquels cet enseignement est confié. Mais ces vœux exprimés de toutes parts n'ont point été exaucés par le pouvoir, jaloux d'exercer une influence directe ou indirecte sur toutes les fonctions publiques. Ce n'était guères dans ce moment qu'on pouvait espérer qu'il serait fait droit à ces réclamations. Il était facile de prédire le sort de la pétition que les agrégés de la Faculté de Médecine de Paris adressèrent au conseil de l'Université pour demander le rétablissement du concours, lorsqu'une des chaires d'accouchement devint vacante par la mort du professeur Desormeaux. Il faut l'avouer aussi, la pétition ne fut que faiblement appuyée par la Faculté; une simple apostille au bas de la pétition fut la seule expression du vœu de la majorité de la Faculté en faveur du concours. Quoi qu'il en soit, ordre fut enjoint de procéder comme d'usage à la présentation de trois candidats au ministre de l'instruction publique.

Un grand nombre de compétiteurs se sont mis sur les rangs. C'étaient MM. Capuron, Murat, Moreau, Paul Dubois, Velpeau, Dugès, Baudelocque et Jules Hatin. Les trois premiers agrégés par ordonnance, les autres par concours, et M. Dugès, en outre, professeur de pathologie externe à l'École de Montpellier, où il avait occupé précédemment la chaire d'accouchement. La Faculté a présenté, dans l'ordre suivant, MM. Moreau, Paul Dubois et Velpeau. Cet ordre de liste a été assez généralement désapprouvé. On n'a pas pensé que le candidat qui se trouve le premier sur la liste méritât ce rang, qui, suivant l'usage et les convenances, assure à celui qui l'obtient la nomination ministérielle. M. Moreau a sans doute la réputation d'un praticien

habile, mais ses titres scientifiques sont à-peu-près nuls, et s'il a fait pendant plusieurs années des cours d'accouchement, on assure qu'il n'a pas professé avec assez de succès pour enlever les suffrages de la Faculté, et être appelé, sans aucun autre titre, à s'asseoir dans la chaire illustrée par Baudelocque et Desormeaux. Livré tout entier, du reste, à la pratique de son art, il ne peut en rien servir la science et l'enseignement, ni par l'autorité de son nom, ni par l'espérance à fonder sur des travaux futurs. On a lieu de s'étonner, après un choix dirigé dans ce sens, que M. Murat, homme honorable, connu par des articles estimés et sur l'art des accouchemens et sur diverses parties de la chirurgie, n'ait obtenu aucune place sur la liste de présentation. A quoi tient donc cette espèce d'inconséquence? A ce que ce n'est pas l'intérêt de l'enseignement et le mérite des candidats, mais bien des considérations personnelles, qui ont inspiré le vote d'un grand nombre de membres de la Faculté en faveur de tel ou tel compétiteur. Des affections particulières ont porté celui-là, celui-ci a été obstinément repoussé par des inimitiés de famille, par des préventions politiques : un autre, à la faveur de cette division, a gagné un grand nombre de suffrages. Dans cette lutte de préventions ou de mauvaises passions, il n'est pas jusqu'à un nom indigne qui n'ait compté pour lui un certain nombre de voix.

Des considérations d'égards et de justice envers les agrégés de la Faculté de Paris devaient faire écarter M. Dugès. Ce candidat était sans contredit l'un des plus distingués; mais ses titres n'étaient pas assez considérables pour que, au mépris des droits acquis par ceux qui se livrent, au sein de la Faculté de Paris, à la carrière de l'enseignement, l'Ecole de Paris dût l'enlever à celle de Montpellier. Si l'on voulait un professeur jeune, qui servît activement la Faculté, en se dévouant entièrement à la science et à l'enseignement, qui réunît les qualités que l'on a droit d'exiger pour une place semblable, le débat ne pouvait être sérieusement établi qu'entre MM. Paul Dubois et Velpeau. Ces deux candidats avaient assez de titres pour partager les suffrages et justifier la préférence qui eût été accordée à l'un ou à l'autre. Il n'en a pas été ainsi : ils ne sont portés qu'en seconde ligne sur la liste de présentation. A deux hommes qui poursuivent avec avantage l'enseignement et l'exercice de l'art des accouchemens et de la chirurgie, dont l'un s'est distingué par des recherches pleines de sagacité sur l'embryologie, et a publié divers ouvrages estimables, dont l'autre se recommande par un excellent esprit et par une instruction solide (1); à ces deux hommes, disons-

(1) Nous pensons que dans divers journaux qui ont parlé des titres des divers candidats, on n'a pas été tout-à-fait juste à l'égard de

nous, la Faculté a préféré un candidat dont nous ne contestons pas le mérite, mais qui n'est connu que par une position avantageuse dans la pratique civile. Certes, le concours, en assignant à chacun le rang que, par prévention ou injustice, l'opinion publique lui accorde ou lui dénie, aurait épargné à la Faculté une situation embarrassante, plus d'une critique amère et bien fondée, et, enfin, l'indignité dont elle est, dit-on, menacée.

Le bruit s'est répandu que celui des candidats que l'absence de toute espèce de titre et des motifs plus graves encore, si l'on en croit ce qui se dit hautement et s'est imprimé, devaient tenir à plus de distance d'une chaire de professeur dans la Faculté, que M. J. Hatin serait porté sur la liste de présentation faite de droit en pareil cas par le conseil académique, et serait nommé par le ministre. Divers journaux ont rapporté les détails de toutes les intrigues qui s'ourdissent à ce sujet. Nous pensons que, s'il y a quelque chose de vrai dans ces bruits scandaleux, la Faculté conjurera cette profonde insulte, ou protestera unanimement pour que justice soit faite en temps opportun. Au surplus, ce qui s'est passé au sein et au dehors de la Faculté pourra fournir de nombreux et puissans argumens en faveur du concours. Nous reviendrons sur la question si rebattue des avantages de ce mode de nomination, puisqu'il trouve encore des contradicteurs, même parmi des gens éclairés, et nous examinerons les inconvéniens qu'on lui suppose, et qui, même admis comme réels, seraient si loin de balancer ses avantages.

Prix proposé par la Société royale de Marseille.

La Société met au concours pour l'année 1831, la question suivante:

« 1.° Existe-t-il des altérations pathologiques des liquides qui entrent dans la composition de l'homme?

« 2.° Dans l'affirmative, faire connaître par l'anatomie pathologique et l'observation clinique, quelles sont ces altérations, les causes capables de les produire, leurs signes généraux et différentiels?

« 3.° Peuvent-elles être primitives ou secondaires? ou bien sont-elles constamment les unes ou les autres?

M. Paul Dubois, en le mettant au-dessous de son principal compétiteur. M. P. Dubois a peu écrit, il est vrai; mais est-il donc nécessaire d'avoir beaucoup écrit pour donner la mesure de sa capacité. On ne connaît de ce médecin qu'un rapport à l'Académie, sur la vaccine; et ce rapport seul, dont la lecture fit une vive sensation, décèle une rectitude de jugement peu commune et un talent d'analyse et de rédaction des plus remarquables.

« 4.° En admettant qu'elles soient primitives, existent-elles seules, ou bien entraînent-elles toujours l'altération des solides ?

« 5.° En coexistant avec l'altération des solides, qu'elles soient primitives ou secondaires, peuvent-elles imprimer un caractère particulier à la maladie? Dans l'affirmative, faire connaître ce caractère, s'il existe constamment, ou seulement dans certaines conditions. Dans la négative, donner des preuves incontestables à ce égard.

« 6.° Exigent-elles un traitement spécial, et chacune d'elles un traitement différent? Signaler ces divers traitemens.

« 7.° Dans la négative de l'existence des altérations des liquides, sur quelles preuves peut-on fonder cette opinion ? »

La Société décernera un prix de la valeur de 300 fr. à l'auteur qui aura le mieux traité ces questions. Les mémoires, écrits en français ou en latin, doivent être adressés, francs de port, et dans les formes académiques, à M. P. M. Roux, secrétaire-général de la Société, rue des Petits-Pères, N.° 11, à Marseille. Ils doivent être rendus avant le 1.er juillet 1831. Ce terme est de rigueur.

Prix proposé par la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

La Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles a mis au concours la question suivante :

« En quoi consiste l'ab-irritation ? quelles sont les maladies qui peuvent en résulter ? déterminer leurs causes, leurs symptômes et leur traitement. »

Le prix sera une médaille d'or de 100 florins des Pays-Bas, ou cette valeur en espèces.

Les mémoires, écrits en latin, français, flamand ou hollandais, doivent être adressés, dans les formes académiques, avant le 1.er mai 1831, à M. J. Tallois, secrétaire-adjoint, rue d'Accolay, N.° 18.

Tout mémoire soumis au jugement de la Société devient sa propriété; mais l'auteur a la faculté d'en faire prendre des copies.

Prix proposé par la Société Médico-Pratique de Paris.

« Quelles sont les lois de la révulsion ? signaler les secours que la thérapeutique peut en attendre, et par conséquent les avantages ou les inconvéniens des révulsifs, suivant les cas auxquels on les applique, l'opportunité de leur emploi, etc., etc. »

La Société Médico-Pratique de Paris, tout en faisant dans cette question, la part à la théorie, désire surtout que l'on insiste sur la

partie pratique. Elle a eu principalement pour but d'appeler l'autorité de faits bien observés, à éclairer la grande question de la révulsion, et à établir, autant que possible, des règles sages et positives sur l'emploi de ce moyen si fréquemment mis en usage, et si puissant dans la main du thérapeutiste.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Les mémoires, en latin ou en français, doivent être rendus (francs de port), avec les formes académiques ordinaires, chez M. le docteur Alphée Cazenave, sécrétaire-général de la Société, rue Saint-Anastase, N.° 3, avant le 1.er janvier 1831.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les propriétés physiques, chimiques et médicinales des eaux de Contrexéville (Vosges); par A. F. Mamelet, *ancien chirurgien militaire, médecin de l'hospice civil de Bulguéville (Vosges). Paris*, 1829; *in*-8.° *pp.* 119. *Chez* M.me *Auger-Méquignon.*

Précis sur les eaux minérales de Plombières, utile aux médecins et aux personnes qui fréquentent cet établissement thermal; par M. A. Grosjean, *de Plombières, D. M. P.; suivi d'une Notice sur les eaux ferrugino-gazeuses de Bussang, analysées par M.* Barruel. *Paris*, 1829, *in*-8.°, *pp.* VI-114. *Chez Rouen frères.*

Notice sur Bourbonne et ses eaux thermales; par F. Le Molt, *D. M., médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbonne, etc. Prix, 1 fr., et 1 fr. 25 cent. par la poste, au profit des malades indigens admis à l'usage de ces eaux. Paris*, 1830, *in*-8.° *pp.* 30. *Chez Gabon.*

Les eaux minérales, après avoir joui long-temps d'une vogue très grande, sont tombées de nos jours dans un discrédit qu'elles ne méritaient pas tout-à-fait. Ce n'est pas seulement le changement de doctrine médicale, l'influence du système de l'irritation, qui a amené cette baisse dans leur réputation; l'abus qu'on en a fait, les éloges exagérés que leur ont prodigués trop souvent de maladroits prôneurs, ignorans ou intéressés, y ont, sans contredit, autant contribué. Si des exemples nombreux ont éclairé sur les dangers d'une médication stimulante, dans une foule de cas de phlegmasies chroniques, de désorganisations de viscères, où les eaux minérales étaient fréquemment employées, on n'a pas moins été fatigué du récit des succès sans nombre qu'on prétendait en avoir obtenus, sans aucun mé-

lange de revers, dans le traitement de presque toutes les maladies, de celles même dont l'expérience a trop exactement constaté l'incurabilité. Il appartient à notre époque d'examen consciencieux de se garder de cette exagération dans l'une ou l'autre opinion. Il est certain que, indépendamment des voyages, des distractions, etc., qui ont souvent une grande part, et souvent la principale, dans certaines cures, les eaux minérales constituent des moyens médicamenteux d'une action puissante, dont les effets doivent être avantageux dans certaines circonstances. Il ne s'agit donc que d'apprécier avec exactitude cette action, ces effets, ces circonstances. Jusqu'à présent, les auteurs qui se sont occupés des eaux minérales, à très-peu d'exceptions près, se sont contentés d'assertions vagues sur ce sujet. Les faits qu'ils apportaient à l'appui ne semblent que des certificats de guérison : défaut de précision dans le diagnostic des maladies que l'on a eu à traiter, silence absolu sur tous les cas où l'administration des eaux a échoué; c'est ce qu'on remarque dans la plupart des écrits où l'on a prétendu démontrer les propriétés médicinales de ces eaux. Le modèle d'observations et de rapport qu'a proposé l'Académie de médecine pour être suivi par les médecins inspecteurs des eaux minérales, aura, nous le croyons, des résultats avantageux. Sans doute, un médecin de talent pourra faire plus, pour éclairer la question, que de donner un simple relevé statistique; mais ce sera beaucoup que de connaître le nombre de malades qui font usage des eaux minérales, de posséder sur le compte de chacun d'eux des données générales qui approchent plus ou moins de l'exactitude. En attendant ces heureux résultats, examinons les trois brochures dont nous avons donné le titre.

La brochure de M. Mamelet est, sans contredit, celle qui présente le plus d'intérêt; cela tient principalement au genre de maladies contre lesquelles sont plus spécialement employées les eaux de Contrexéville. L'auteur, après avoir donné quelques détails sur la topographie de Contrexéville et sur l'histoire des deux sources qui s'y trouvent, indique les propriétés physiques et chimiques qui ont été reconnues aux eaux que fournit la fontaine dite *du Pavillon*, et qui sont uniquement employées en boisson, l'autre fontaine étant exclusivement destinée aux bains, douches, etc. Nous rapporterons ici l'analyse que M. Collard de Martigny a faite récemment de l'eau du Pavillon.

Quatre livres d'eau évaporée au feu doux d'une lampe et dans des capsules de porcelaine, ont laissé un résidu brillant, lamelleux et cristallin, du poids de 4 grammes 559 milligrammes, lequel, successivement traité par l'alcohol, à divers degrés de concentration, par l'eau froide et bouillante, l'acide hydrochlorique et le sous-car-

bonate de potasse à chaud, a été trouvé composé de : *sulfate de chaux*, 2 gram. 159 milligr.; — *de magnésie*, 0, 043; *sous-carbonate de chaux*, 1, 611; — *de magnésie*, 0, 033; — *de soude*, 0, 007; *muriate de chaux*, 0, 076; — *de magnésie*, 0, 023; *nitrate de chaux*, des traces; *protoxyde de fer surcarbonaté*, 0, 181; *silice*, 0, 356; *matière organique* insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcohol, surtout à chaud, peu soluble dans l'éther, 0, 067; perte, 0, 003. — A zéro de température, et sous la pression de 0, 770 de mercure. M. Collard a trouvé que cette eau contient un peu moins que les deux tiers de son volume de gaz, composé à-peu-près ainsi qu'il suit : *oxygène*, 11; *azote*, 30; *acide carbonique*, 59. Enfin, le dépôt rouge ochracé qu'on recueille sur les parois du bassin où l'eau est reçue, a été trouvé composé, sur 2 décigrammes 33 milligrammes, de : *peroxyde de fer*, 0, 038; *sable siliceux*, 0,011; *sous carbonate de chaux*, — *de magnésie*, — *d'ammoniaque*, des traces; *sulfate de chaux*, 0, 071; *mousse*, 0, 007. M. Collard pense d'ailleurs que la composition de ce dépôt doit varier beaucoup.

Après avoir indiqué le mode d'administration des eaux de Contrexéville, M. Mamelet décrit leurs effets immédiats, qui sont l'accélération de la circulation et de la respiration, l'augmentation de la transpiration insensible, et de toutes les sécrétions muqueuses, des urines et des selles. Quand on en boit une grande quantité, les dernières urines rendues, soumises à l'action des réactifs, présentent les mêmes phénomènes que ceux qui sont observés dans l'eau puisée à la source. L'auteur signale alors les cas où elles sont utiles, ceux où elles seraient contraires; puis il passe aux observations qui prouvent leurs propriétés médicinales : sur 55 observations qui sont rapportées, les 28 premières appartiennent à la gravelle, et constatent l'efficacité des eaux de Contrexéville dans cette maladie, pour laquelle elles sont principalement usitées. On se rend aisément compte de cette efficacité, d'après la composition de ces eaux, et dans le traitement d'une maladie contre laquelle le régime et l'ingestion journalière d'une quantité considérable d'eau seraient seules un moyen puissant. Sept observations ont trait à la guérison du catarrhe chronique de la vessie; quatre concernent des affections des voies digestives qui paraissent devoir être rapportées à la gastralgie et à la gastro-hépatite; trois, des vices de la menstruation; une, un cas de leucorrhée; quatre, des affections goutteuses; une, un cas d'anasarque survenue après une fièvre quarte; deux, des affections cérébrales caractérisées par des vertiges; deux, dans lesquelles la cicatrisation d'ulcères est rapportée à l'usage extérieur des eaux. Les trois dernières observations ont pour sujet des individus atteints de calculs volumineux dans les reins ou la vessie, contre lesquels les

eaux ne purent rien. Ces observations sont, en général, bien rédigées, mais on regrettera qu'elles soient en si petit nombre, surtout pour les cas de maladies autres que la gravelle et le catarrhe chronique, et que l'auteur n'ait presque rapporté que les cas de guérison. Nous serons donc loin de lui accorder les conclusions qu'il tire dans le résumé qui termine son opuscule, et nous attendrons pour juger des propriétés médicinales des eaux de Contrexéville, le tableau complet des maladies où elles auront été employées.

L'opuscule de M. Grosjean sur les eaux de Plombières, est encore moins satisfaisant sous le rapport médical; mais on le consultera avec intérêt pour ce qui concerne les propriétés physiques et chimiques de ces eaux. L'auteur rapporte un grand nombre d'observations qui constatent la guérison de maladies des voies digestives (gastralgie, gastrite, gastro-hépatite, entérite, diarrhée); de maladies des organes urinaires et génitaux (ménorrhagie, aménorrhée, leucorrhée, engorgement des ovaires, dysurie, catarrhe vésical, douleurs néphrétiques, gravelle); d'engorgemens des articulations, de rhumatismes, d'affections cutanées et d'ulcères, enfin de diverses maladies du système nerveux, telles que chorée, paralysie suite d'apoplexie, paraplégie, spasmes hystériques. Mais la plupart de ces observations sont incomplètes, et n'ont, comme nous l'avons dit, pour sujet, que des cas de guérison. Or, l'on peut douter de l'infaillibilité des eaux de Plombières dans tant de maladies. Du reste, elles décèlent un praticien habile et éclairé dans le médecin, M. Grosjean père, qui en a fourni les matériaux.

La Notice sur les eaux de Bussang, par laquelle M. Grosjean termine sa brochure, contient une analyse récente de ces eaux faite par M. Barruel; nous la rapporterons : un litre a donné, *silice*, 0,056 grains; *proto-carbonate de fer*, 0,016; *carbonate de chaux*, 0,361; — *de magnésie*, 0,180; — *de soude*, 0,770; *sulfate de soude*, 0,110; *chlorure de sodium*, 0,080. La quantité moyenne de *gaz acide carbonique libre* est d'une fois et demie le volume de l'eau; à la source même, M. Barruel estime cette quantité une fois plus grande. (L'analyse a été faite sur de l'eau renfermée dans des bouteilles.)

Nous ne dirons que peu de choses de la Notice de M. Le Molt, sur les eaux thermales de Bourbonne. Ce n'est qu'un simple prospectus utile aux personnes qui voudraient en user. Si nous avons critiqué le genre d'observations sur lesquelles les auteurs précédens ont appuyé les propriétés attribuées aux eaux de Contrexéville et de Plombières, que dirions-nous d'une longue et simple énumération des maladies que combattent avec avantage, suivant M. Le Molt, les eaux de Bourbonne? Cet auteur rapporte l'analyse qui a été faite de ces eaux

en 1827, par MM. Desfossés et Rounier. Elle est indiquée dans le tome XV de ce Journal, page 620.

De l'Imagination considérée dans ses effets directs sur l'homme et les animaux, et dans ses effets indirects sur les produits de la gestation; avec une Notice sur la génération et les causes les plus probables des difformités de naissance; ouvrage où l'on fait la part de l'imagination dans les phénomènes du magnétisme, de l'exorcisme, de l'acétisme et d'autres prestiges; par J. B. Démangeon, *docteur en philosophie et en médecine, membre de l'Académie royale de Médecine, etc.* 2.ᵉ *édit. Paris*, 1829; *in*-8.° *pp.* 560. *Chez Rouen, frères.*

Le long titre que nous venons de copier indique assez la nature de l'ouvrage de M. Demangeon; ouvrage intéressant et agréable à lire, destiné principalement aux gens du monde qui y trouveront une ample réfutation du préjugé si commun qui attribue les difformités de naissance aux prestiges de l'imagination maternelle. On regrette toutefois que, dans ce livre consacré à combattre des erreurs, l'auteur se soit abandonné trop facilement à des idées hypothétiques, et que ses raisonnemens n'aient pas toujours la rigueur qui donne autorité à la mission qu'il a choisie. Nous ne parlerons pas de la partie plus spécialement scientifique de cet ouvrage, parce que la matière qui en fait le sujet n'y est en quelque sorte qu'accessoirement exposée, et qu'elle se trouve développée dans l'ouvrage suivant du même auteur.

Anthropogénèse, ou Génération de l'homme, avec des vues de comparaison sur les reproductions des trois règnes de la nature, et des recherches sur la conservation des espèces et des races, les ressemblances sexuelles et autres, le croisement des races, les causes de la fécondité, de la stérilité, de l'impuissance, et sur d'autres phénomènes des revivifications naturelles; par J. B. Demangeon, *doct. en philosophie et en médecine, etc., etc. Un vol. in*-8.° *Paris*, 1829. *Chez Rouen, frères.*

La génération est sans contredit le phénomène dont l'explication a le plus exercé l'esprit des philosophes et des observateurs de tous les temps. Une foule de systèmes ont été créés pour résoudre cette question intéressante; des recherches et des expériences non moins nombreuses ont été répétées dans le même but, et ont fait du moins connaître tout ce qu'il y a d'appréciable dans cet acte organique: sous ce rapport, l'anatomie comparative a fourni de grandes lumières. L'auteur de cet ouvrage a pensé qu'il fallait s'entourer d'élémens de

solution plus multipliés encore pour approfondir ce sujet difficile, « et pour en *lustrer* les parties obscures, j'ai, dit-il, été obligé de « faire des excursions nombreuses dans les trois règnes de la nature, « dont j'ai examiné les productions comparativement avec celles de « l'homme. » Voyons si cette marche l'a plus rapproché du but que ses devanciers. Il admet d'abord, avec la plupart des naturalistes, une génération spontanée pour quelques organisations imparfaites, telles que celles des moisissures, des conferves, des hydatides, génération qui annonce l'existence d'un principe d'activité ou de spontanéité inhérente à la matière en général. De l'examen des entozoaires ou animaux intestins, il conclud qu'on ne connaît pas encore le mode de production de ces animalcules ; que l'existence d'œufs et de semences imperceptibles n'est pas plus démontrée comme cause de leur génération, que celle de sexes différens admis par quelques apparences douteuses. L'auteur traite ensuite des races et des ressemblances dans les vivifications sexuelles manifestes ; nous n'avons pas vu que cette étude l'ait conduit à quelques conséquences susceptibles d'éclairer le phénomène qu'il cherche à expliquer, et qui, suivant lui, résulte de la combinaison de trois agens, le calorique, seul ou avec l'électricité, et la contractilité : telle est la triple source de ce que l'auteur nomme la première synthèse de l'embryon. Nous engageons du reste le lecteur à puiser dans l'ouvrage même les éclaircissemens nécessaires pour comprendre cette théorie.

L'auteur expose et discute les différens systèmes imaginés sur les élémens de cette synthèse organique, et en combattant les argumens employés par les ovaristes, il avance qu'on ne trouve que de l'albumine dans les vésicules de l'ovaire, et nie qu'on y ait remarqué autre chose. Cependant les observations de MM. Plagge et Ern. de Baer sont sans réplique à cet égard, et prouvent que chaque vésicule contient un ovule très-distinct, qu'on peut étudier facilement chez certains animaux. Nous ajouterons que l'explication donnée par l'auteur après sa réfutation du système des ovaristes, est une pure hypothèse, susceptible d'une réfutation facile, et qui ne dévoile en aucune manière ce que le phénomène de la génération a d'obscur pour nous. L'auteur termine son ouvrage par l'exposition de ce qu'on sait sur les causes de stérilité et d'impuissance, l'hermaphrodisme, la superfétation et le terme de la gestation. Ces différens chapitres renferment, comme les précédens, des faits nombreux qu'on lira avec intérêt, mais qui ne servent en rien à la solution de la question que l'auteur s'était proposé, sinon de résoudre, du moins d'éclaircir plus qu'elle ne l'est jusqu'à présent.

Fastes de la pharmacie française, exposé des travaux scientifiques publiés depuis quarante années par les pharmaciens français; avec l'indication des ouvrages dans lesquels ces travaux ont été consignés; suivi d'un Dictionnaire des résultats obtenus de l'analyse des substances végétales; précédé d'un Annuaire, etc., etc.; publié sous la direction de M. A. Chevallier, *par M.* P. de Mèze. *Un vol. in-8.° de 244 pages. Paris*, 1830. *Thomine, rue de la Harpe.*

La littérature et la bibliographie de la médecine et des sciences qui s'y rattachent, si florissantes en Allemagne, étaient parmi nous tombées dans un abandon absolu. Tandis que les Allemands possèdent de nombreux et d'excellens ouvrages sur cette importante matière, nous étions réduits à des essais informes, tels que les articles bibliographiques du grand Dictionnaire de Panckoucke. Cependant grâce aux efforts de Moreau de la Sarthe, une première impulsion a été donnée, et l'on peut espérer qu'elle continuera à être suivie, et qu'elle produira d'heureux résultats. L'ouvrage dont le titre, copié ci-dessus, indique complètement le contenu, estun essai tenté dans le même but, et dont l'utilité sera facilement appréciée par toutes les personnes qui s'occupent de matière médicale et de pharmacie. Ce livre, comme le titre l'annonce, est divisé en deux parties bien distinctes et presque indépendantes l'une de l'autre. La première contient, d'après l'ordre alphabétique du nom des auteurs, l'énoncé des travaux de chacun d'eux, avec l'indication des ouvrages ou écrits périodiques dans lesquels ils ont été publiés. Nous regrettons que la modestie de l'auteur l'ait porté à se restreindre à une période de quarante ans et aux pharmaciens français, au lieu de donner un ouvrage complet sur cette branche importante. Nous regrettons aussi qu'il n'y ait pas joint une table alphabétique par ordre de matières, car ce nous semble un complément indispensable de tous les ouvrages de cette nature, et faute duquel les recherches deviennent presque impraticables. La seconde partie contient par ordre alphabétique du nom des substances, les résultats de l'analyse chimique de celles qui sont employées en médecine. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur de cet essai, surtout pour la première partie, et nous désirons que son exemple soit suivi pour toutes les autres branches de la médecine et des sciences naturelles.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1830.

Recherches sur les altérations que présentent les viscères dans la scarlatine et la variole; inductions qu'on peut en tirer concernant le traitement; par M.* DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

S'IL y a des maladies bien connues sous le rapport de leurs caractères anatomiques extérieurs, ce sont assurément les fièvres exanthématiques. L'éruption qu'elles déterminent sur la peau, soumise directement à l'estimation des sens, a pu être appréciée dans ses formes, analysée et suivie dans ses périodes diverses avec toute l'exactitude désirable; mais peut-être cette étude facile et en apparence satisfaisante a-t-elle fait négliger d'autres recherches plus importantes, car ce n'est pas là que se borne le rôle de l'anatomie pathologique dans ces affections. Trop souvent le mal extérieur n'est qu'un reflet du mal intérieur, et ce serait avoir des notions bien superficielles de ses ravages que de s'en tenir, en quelque façon, à son écorce. Ce n'est point en effet la rougeur cutanée, quelqu'intense qu'elle soit, qui, dans la scarlatine, devient la cause matérielle principale de la mort; ce ne sont point également les pustules nombreuses qui

couvrent la peau dans la variole. Le plus souvent alors des désordres intérieurs, comparables à ceux qui se passent au dehors, compromettent l'existence d'une manière bien autrement grave.

C'est sous ce point de vue que nous nous sommes proposé d'étudier la scarlatine et la variole, insistant particulièrement sur la première de ces affections dont les complications sont moins connues. Il semble en effet, en consultant les auteurs, que le seul accident à redouter dans la scarlatine, soit l'anasarque qui succède quelquefois au travail de la desquammation. Mais avant cette période, il est des orages plus redoutables qui éclatent quelquefois à l'invasion même de la maladie, et peuvent se renouveller à des époques plus éloignées, comme nous allons le démontrer. Dans ce but, nous soumettrons successivement aux yeux du lecteur, 1.° des faits de scarlatine mortelle, du deuxième au cinquième jour de l'invasion de la maladie; 2.° d'autres faits, dans lesquels la mort a été plus tardive, afin de faire voir la gradation des lésions à mesure que le mal s'est prolongé; 3.° quelques cas de scarlatine simple et bénigne qui serviront de point de comparaison entre les symptômes observés dans ces cas, et ceux dans lesquels la maladie a été funeste; 4.° enfin, quelques exemples de scarlatines graves conduites à bien sous l'influence du traitement antiphlogistique, traitement que ces recherches seules porteraient à adopter, si déjà l'expérience n'avait prononcé sur sa valeur dans ces maladies; 5.° à ces faits nous en joindrons quelques autres de varioles graves et mortelles dans le fort de l'éruption, par suite d'accidens internes analogues à ceux qui surviennent dans la scarlatine; 6.° un court résumé fera connaître l'ensemble de ces observations, dont le seul mérite est d'appuyer par le secours de l'anatomie pathologique l'excellence des préceptes de l'immor-

tel Sydenham, qui s'éleva avec tant de force contre les remèdes incendiaires prodigués jadis, et quelquefois encore de nos jours, dans les maladies éruptives.

Première série de faits.

Scarlatines funestes dès les premiers jours de l'invasion de la maladie. — *Obs.* I.re — Une femme âgée de 25 ans, très-colorée, d'un gros embonpoint, était arrivée au sixième mois de sa seconde grossesse, lorsqu'elle fut prise (le 2 juillet 1825), d'un grand mal de tête avec rougeur et chaleur à la face, douleur profonde dans les reins, sentiment de constriction rapporté à la base de la poitrine, enfin douleur dans la gorge augmentant pendant l'acte de la déglutition. Le 3, ces accidens allèrent en augmentant. Sur le soir, la malade fut reçue à l'Hôtel-Dieu, et ne fit que se plaindre et se lamenter toute la nuit. Le 4, nous la trouvons dans l'état que voici : face d'un rouge vif, grande céphalalgie, grande anxiété, respiration courte et précipitée, percussion du thorax sonore, auscultation satisfaisante, pas de toux, coloration rouge uniforme de la peau, un peu moins marquée sur le ventre que dans le reste du corps; langue humide et blanchâtre, pouls petit et fréquent. A l'hypogastre, on sentait la matrice dure et contractée, comme si cet organe eût été sur le point de se débarrasser du produit de la conception; le toucher indiquait en effet une légère dilatation du col utérin. Deux heures après cet examen, issue des eaux de l'amnios, avortement et délivrance qui s'opèrent presque en même temps, et, pour ainsi dire, sans que la malade s'en aperçût. Au soir, la rougeur de la peau était devenue plus intense et plus générale; la respiration paraissait moins gênée que le matin; le pouls conservait la même fréquence. Pendant la nuit, la malade a succombé inopinément après avoir éprouvé un peu de délire.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Forte rigidité cadavérique ; couleur de la peau changée en rouge violet partiel, notamment aux plis des articulations ; tissu cellulaire graisseux très-abondant. — *Tête.* Aucune lésion appréciable dans cette cavité, dans les méninges comme dans la substance cérébrale. — *Poitrine.* Larynx dans l'état naturel, rougeur vive et uniforme, mais sans épaississement, dans la membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches; engorgement sanguin, sans hépatisation ou ramollissement, dans le bord postérieur des poumons ; cœur sain. — *Abdomen.* Intégrité complète de toute la membrane muqueuse digestive ; péritoine exempt de traces d'inflammation; utérus de six pouces de hauteur, contenant quelques caillots de sang, n'offrant du reste aucune altération dans son tissu ou ses veines ; autres organes dans l'état naturel, examen qui a été fait avec le plus grand soin.

Obs. II.e — Une couturière, âgée de 23 ans, belle et grande femme, accouche à terme le 28 mars 1825 (huit heures du matin), à la suite d'une grossesse exempte de tout accident; elle passe le reste de la journée dans un état satisfaisant. Le 29 au matin, elle est encore très-bien. Sur le soir, frisson suivi de sueur, frisson qui se renouvelle pendant la nuit, insomnie. Le 30, fièvre forte, céphalalgie, brisement général sans douleur locale, lochies coulant naturellement. (*Saignée de trois palettes, tisane de guimauve.*) Au soir, vomissemens bilieux qui se renouvellent à plusieurs reprises, chaleur intense à la peau, coloration vive des pommettes, langue sale à sa base, rouge à ses bords. En outre, sur la poitrine, les bras, et à la partie interne des cuisses, existe une rougeur claire et diffuse, indice d'une éruption qui est sur le point de s'opérer ; pendant la nuit, agitation et délire qui portent la malade à quitter son lit. Le 31, face altérée, rougeur vive et

uniforme des tégumens, notamment sur le devant de la poitrine; chaleur ardente, soif inextinguible, pouls fréquent et dépressible, point de douleur accusée par la malade; les lochies continuent à couler naturellement. (*Même tisane.*) Au soir, vomissemens répétés d'un liquide verdâtre, au milieu duquel se trouvent deux ascarides lombricoïdes; retour de l'agitation et du délire qui avaient paru la nuit précédente. Le 1.er avril, face toujours altérée, yeux injectés et larmoyans, fréquence et petitesse du pouls, rougeur de la peau plus marquée au tronc que dans les membres, grand mal de gorge accusé pour la première fois par la malade, diminution de l'excrétion lochiale, point de gonflement des mamelles. (30 *sangsues à la vulve*). Au soir, état extrêmement grave, perte de la connaissance, coloration violacée de la face, paupières à demi-closes, cornées opaques, renversement des globes oculaires, respiration courte et précipitée, faisant entendre un sifflement désagréable qui semble se passer dans l'arrière-gorge; extrémités couvertes d'une sueur froide, pouls filiforme. Mort à 9 heures du soir. La poitrine, le ventre et les cuisses étaient encore le siège d'une rougeur assez vive.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — La rougeur des tégumens avait disparu en grande partie, et s'était convertie en une teinte violacée partielle. Au cerveau, les méninges étaient dans l'état le plus naturel; on remarquait seulement un peu d'engorgement dans les veines qui aboutissent aux sinus; la substance cérébrale avait une bonne consistance, mais présentait dans son épaisseur un grand nombre de points rouges correspondans à la section et à l'orifice des vaisseaux. Les ventricules contenaient à peine une demi-cuillerée de sérosité; le cervelet sain. Dans la poitrine: le cœur, les principaux vaisseaux sanguins artériels et veineux étaient dans

l'état naturel; les poumons étaient libres de toute adhérence, faiblement engoués à leur partie postérieure, exempts d'ailleurs de toute altération; mais la membrane muqueuse qui tapisse le larynx, la trachée-artère et les grosses bronches, offrait une couleur violacée uniforme, était recouverte d'une légère couche de mucus tenace, ne présentait du reste aucun épaississement. La même couleur existait dans toute l'étendue du pharynx, et de plus, à la paroi postérieure de cette cavité, en regard des fosses nasales, on voyait deux à trois traînées de mucus tellement épais, qu'il semblait converti en couenne inflammatoire. La membrane muqueuse digestive, examinée dans toute son étendue, avait une couleur naturelle et ne présentait aucune trace d'injection, de ramollissement ou d'ulcérations. Douze ascarides lombricoïdes se trouvaient à la fin de l'intestin grêle. La matrice récélait une portion assez considérable de placenta restée adhérente à sa paroi postérieure; elle n'offrait d'ailleurs aucune trace d'inflammation.

Obs. III.[e] — Une cuisinière, âgée de 15 ans, d'une bonne constitution, forte et sanguine, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 22 décembre 1823. Le 20, elle était bien portante; le 21, elle fut prise, sans cause connue, de frissons, d'envies de vomir et de vomissemens, enfin d'un grand mal de gorge avec gêne dans la déglutition; la nuit suivante, fièvre et agitation. Le 22, nous observons tous les symptômes d'une forte angine, les amygdales rouges et un peu tuméfiées, et par suite la parole confuse, la déglutition douloureuse; la langue était rouge, mais humide : on apercevait sur la face et le devant de la poitrine une coloration rosée, indice d'une éruption commençante; mais ce qui frappait le plus dans l'état de la malade, était une anxiété, un accablement peu en rapport avec les effets ordinaires d'une simple angine. (15 *sangsues à la partie*

supérieure du cou, *catapl. émol.* , *pédiluve sinapisé*).

Le 23, symptômes angineux plus prononcés et portés même jusques à produire une sorte de strangulation, abattement plus considérable, coloration rouge plus intense et plus générale des tégumens, pouls fréquent, et de plus vomissemens verdâtres. (*Saignée du bras*, *deux palettes*; *tisane de lin-guimauve*, *gargarisme*). Le 24, aggravation des symptômes, rougeur générale de la peau, comparable au test d'une écrevisse cuite. (*Même tisane*). Sur le soir, agitation, délire, plaintes et cris étouffés, croûtes fuligineuses autour des gencives. (*Sinap. aux pieds*). Pendant la nuit, le délire augmente et porte la malade à quitter son lit; des vomissemens d'un liquide verdâtre se montrent de nouveau. Le 25, coloration des tégumens comme la veille, assoupissement, et même coma duquel on ne peut retirer la malade, pouls petit et d'une fréquence considérable, langue sèche et croûteuse, douleur à l'épigastre manifestée par des cris plaintifs lorsqu'on exerce une pression sur cette région. (12 *sangsues à l'épigastre.*) Au soir, coma plus complet. Mort la nuit suivante.

Ouverture du cadavre vingt-huit heures après la mort. — Peau marquetée de rouge et de noir et dans des points isolés, forte rigidité cadavérique, engorgement des vaisseaux cérébraux, injection marquée de la pie-mère, sablure de la substance cérébrale, mais sans trace de suppuration en aucun point de l'encéphale. Membrane muqueuse du pharynx, de la trachée-artère et des grosses bronches, offrant une rougeur foncée presque livide, mais sans autre altération; poumons simplement engoués à leur partie postérieure; cœur dans l'état naturel; estomac de couleur rougeâtre, piqueté en certains points, comme ecchymosé en d'autres; sa membrane interne avait d'ailleurs une bonne consistance; intestins n'offrant que

quelques points d'injections qui ne constituaient point une lésion évidente ; autres organes dans l'état naturel.

Obs. IV.ᵉ — Un marchand de salade, âgé de 17 ans, bien constitué, d'une stature ordinaire, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1827, et nous raconta que le 30 juin il avait travaillé à son ordinaire, éprouvant cependant un peu de lassitude et suant contre son habitude. Le 1.ᵉʳ juillet, à trois heures du matin, il fut réveillé par un mal de gorge assez violent ; bientôt il éprouva de la douleur à la tête et dans les reins, il se sentit courbaturé. Le 2, cet état empira, et sur le soir quelques taches rouges se manifestèrent à la peau. Le 3, il était dans l'état suivant : douleur assez vive dans le fond de la gorge, déglutition gênée, parole nasonnée, tuméfaction et rougeur des bords du voile du palais et des amygdales, qui sont en outre recouvertes de concrétions partielles, semblables à des fausses membranes ; rougeur vive et sécheresse de la langue, dont le volume paraît augmenté ; injection des conjonctives. Sur la peau, dont la température est chaude et sèche, on voit une rougeur uniforme et claire sans saillie apparente, à l'exception des avant-bras où existent un assez grand nombre de papules rouges et proéminentes. Du reste, l'entrée des narines est bordée par un cercle rose ; il en découle quelques gouttes d'un liquide ténu, comme il arrive au début d'un coryza ; le malade éprouve enfin une certaine anxiété qui le porte à changer fréquemment de position ; le pouls est d'une fréquence modérée. (*Tisane de chiendent et réglisse, lavement émollient, diète.*) Le 4, la rougeur de la peau paraissait moins intense que la veille, le mal de gorge et les autres symptômes persistaient au même degré ; il s'y était joint une soif très-vive. (*Même prescript.*) Au soir, chaleur ardente à la peau, pouls battant de 120 à 130 pulsations par minute, douleur gutturale des plus vives. (30 *sangsues au-dessous*

de la mâchoire inférieure; sinap. aux pieds). Pendant la nuit, agitation et délire qui portent le malade à courir dans la salle. Le 5, il était plus calme, sans avoir cependant toute sa raison; il appelait des personnes absentes et se livrait à des propos incohérens; toutefois il répondait sensément à des questions directes et pressantes; un mucus épais, semblable à de la morve, découlait des narines; la langue, les amygdales, le voile du palais, offraient une couleur rouge-vif; toutes ces parties étaient tapissées par des stries muqueuses épaisses; la peau présentait une teinte rose-pâle qui se fondait avec la couleur naturelle de cette membrane; le pouls dépassait 130 pulsations par minute; il était très-dépressible. Mort à deux heures après-midi, sans aucun autre symptôme.

Ouverture du cadavre au bout de 17 *heures. — Extérieur.* — Région dorsale du tronc sur laquelle reposait le cadavre, présentant une couleur noire-violacée, uniforme; couleur à peine marquée à la région antérieure; reste de chaleur vitale se faisant encore sentir à l'épigastre et à l'ombilic; nonobstant, les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, offraient une raideur cadavérique très-prononcée. — *Tête.* Vaisseaux de la pie-mère plus ramifiés, plus rouges et plus engorgés que dans l'état naturel, formant par leur réunion deux taches rouges apparentes sur les côtés des hémisphères cérébraux; arachnoïde sèche au toucher et se rompant facilement; substance cérébrale d'une bonne consistance, mais sablée de points rouges dans toute son épaisseur; ventricules ne contenant pas une goutte de sérosité; cervelet dans l'état naturel. — *Thorax.* Poumons comme emphysémateux, remplissant exactement la poitrine même après l'ouverture de cette cavité, gorgés d'une sérosité spumeuse, sains d'ailleurs. Cœur naturel; la membrane muqueuse qui recouvre les deux faces de l'épiglotte, celle qui tapisse les fosses nasales, le pharynx, le

larynx et la trachée-artère, offrait une couleur violacée uniforme, mais sans épaississement. Cette couleur s'arrêtait brusquement au commencement de l'œsophage; à la trachée-artère elle n'était bien apparente que dans les intervalles des cerceaux cartilagineux. — *Abdomen.* Membrane muqueuse gastrique ponctuée en rouge rapproché surtout vers la région pylorique, et d'une médiocre consistance; mêmes altérations sur la membrane muqueuse des deux premières portions du duodénum; cette membrane était en outre parsemée de petites saillies coniques formées par des follicules tuméfiés. La même éruption, mais plus confluente, se rencontrait vers la fin de l'intestin grêle, et dans l'étendue de trois pieds; cette éruption existait sans rougeur environnante, et n'atteignait que les follicules isolés. Deux gros paquets, formés chacun de quinze vers ascarides lombricoïdes pelotonnés ensemble, étaient contenus dans l'intestin grêle, et avaient déterminé une rougeur limitée aux points qu'ils occupaient. Autres viscères sains.

Obs. V.e — Un serrurier âgé de 20 ans, d'un tempérament sanguin, fortement constitué, fut pris, sans cause connue (le 1.er octobre 1825), d'un violent mal de reins, accompagné de céphalalgie, de lassitudes générales, et bientôt de fièvre. Le 2, le mal de reins s'accrut, il s'y joignit quelques envies de vomir; le malade voulut prendre un peu de vin chaud pour se faire suer, mais il le rejeta aussitôt par le vomissement. Le 3, au soir, il fut reçu à l'Hôtel-Dieu dans l'état que voici : Anxiété portée au dernier degré, changement continuel de position; douleur de reins atroce, objet unique des plaintes du malade, douleur qui l'oblige involontairement à se tourner et à se ployer dans tous les sens, et qui s'accompagne de ténesme et d'envie d'aller à la selle, ce que le malade sollicite, pensant qu'il en retirera quelque soulagement.

Le siége principal de cette douleur correspond au niveau de la région lombaire, elle s'étend de là sur les parties latérales du ventre, lesquelles sont tendues et résistantes au toucher; la face est vultueuse; le nez paraît gonflé, les yeux sont rouges et larmoyans, la langue humide et blanche, le pouls d'une médiocre fréquence et peu résistant; sur le devant de la poitrine on voit une rougeur diffuse qui semble annoncer le commencement d'une éruption; il n'y a point de mal de gorge. (*Saignée de cinq palettes, qui fournit un sang légèrement couenneux et un caillot peu consistant*). Cette émission sanguine n'est suivie d'aucun soulagement, la nuit se passe dans la souffrance et les gémissemens. Le 4, même état d'anxiété que la veille, même acuité dans la douleur de rein, rougeur de la peau plus apparente et s'étendant aux membres supérieurs; pouls d'une faible résistance. (*Nouvelle saignée de quatre palettes, qui a fourni pareillement un sang couenneux, tisane de chiendent et de réglisse, diète*). La nuit suivante, agitation, délire de douleur qui porte le malade à sortir de son lit et à courir dans la salle. Le 5, changement inopiné dans la couleur de l'éruption; elle se présente aujourd'hui sous la forme de pétéchies ou de points noirs rapprochés semblables à des piqûres de puce; sur la poitrine on remarque en outre quelques vergetures comparables à celles que présente la peau des cadavres qui ont reposé sur un plan inégal; ailleurs, on observe des espèces de marbrures sous-épidémiques, comme si on eût passé légèrement le crayon sur la peau; la langue offre une couleur d'un blanc de lait, couleur qui s'étend dans tous les points visibles de la bouche et de l'arrière-bouche; à la voûte palatine, on aperçoit de plus trois à quatre points noirs semblables à ceux de la peau. D'ailleurs, l'anxiété est à son comble, la face horriblement décomposée, le pouls

petit et dépressible. Mort à dix heures du matin, précédée d'un sentiment de suffocation et de strangulation.

Autopsie cadavérique vingt heures après la mort. — *Extérieur.* — A la peau, rien autre de particulier que l'éruption pétéchiale, dont les traces étaient moins apparentes que pendant la vie. — *Tête.* — Engorgement considérable des vaisseaux cérébraux; couleur rouge vif, imitant celle de la garance, répandue dans tout le réseau vasculaire de la pie-mère; cette couleur se retrouvait sur les circonvolutions mêmes, qui en étaient teintes superciellement, mais d'une manière indélébile par les lavages les plus répétés. En outre, les circonvolutions étaient aplaties, rapprochées les unes des autres; les ventricules ne contenaient cependant aucune trace d'épanchement; les plexus choroïdes, la toile choroïdienne participaient à l'injection et à la couleur de la pie-mère extérieure; la substance cérébrale était sablée de points rouges, parfaitement saine d'ailleurs. — *Poitrine.* — Couleur rosée de l'intérieur du larynx et des bronches, dont les extrémités étaient pleines d'une sérosité spumeuse; engouement du parenchyme des deux poumons; cœur sain. — *Viscères digestifs.* — Membrane muqueuse de la bouche partout d'un blanc laiteux, à l'exception des trois à quatre points noirâtres dont il a été parlé; pharynx d'une couleur violacée générale; œsophage parsemé dans presque toute sa longueur de pétéchies livides, semblables à celle de la peau, et situées sous l'épithélium de la membrane muqueuse de ce canal; estomac également parsemé dans toute son étendue (et principalement vers le cardia et le long de la grande courbure) de ponctuations pétéchiales d'un noir un peu moins foncé, tirant sur la couleur rose; duodénum offrant encore quelques traces de ces ponctuations, qui cessaient entièrement dans les autres intestins grêles, mais reparaissaient dans le gros intestin plus

nombreuses et plus confluentes qu'en aucun autre point. Elles ressemblaient à de petites ecchymoses circulaires de la grandeur d'une lentille, situées dans l'épaisseur même de la membrane muqueuse; c'est dans le cœcum et l'S iliaque que leur nombre était le plus considérable, il en existait peu dans le rectum; c'était là d'ailleurs les seules lésions que présentât la membrane muqueuse digestive, à l'exception, toutefois, de trois à quatre plaques folliculaires saillantes qui s'observaient à la fin de l'intestin grèle; les autres organes étaient dans l'état naturel.

En rapprochant les cinq observations précédentes, notre intention a été de faire voir que la première période de la scarlatine est loin d'être exempte de dangers, et que ces dangers (mettant à part l'influence propre de la cause spécifique de cette maladie, influence que nous ne pouvons saisir) tirent leur source principale des congestions sanguines qui s'opèrent quelquefois à l'époque de l'éruption dans un certain nombre de viscères, en même temps qu'elles ont lieu sur la peau. De ces cinq observations, la première semble d'abord contraire à cette opinion; le cadavre n'a offert, en effet, qu'un peu de rougeur dans la membrane muqueuse bronchique; tous les autres organes ont été trouvés sains : mais la mort a été des plus rapides, elle est survenue deux jours après l'invasion de la maladie, vingt-quatre heures après l'éruption de la scarlatine qui, dans cette circonstance, n'a pas eu le temps de laisser des traces durables de son passage, ces traces s'étant évanouies presque entièrement après la mort sur la peau, de la même manière qu'elles ont pu disparaître dans les viscères. Suivons d'ailleurs la gradation que présentent les autres observations : dans la seconde, la mort n'est arrivée qu'au troisième jour; aussi trouve-t-on une rougeur plus intense, une rougeur uniforme de la membrane muqueuse qui tapisse le pharynx,

le larynx, la trachée-artère et les bronches; en outre, le cerveau présente un engorgement sanguin considérable; dans la troisième, la maladie a duré quatre jours, et à la couleur rouge uniforme de la membrane muqueuse pharyngo-pulmonaire, à l'engorgement des vaisseaux cérébraux, se joint une congestion sanguine par piquetures et ecchymoses de la membrane muqueuse gastrique; dans la quatrième et la cinquième, la maladie s'est prolongée jusqu'au cinquième jour, et ici les lésions sont des des plus marquées; outre celles dont nous venons de parler, on trouve dans un cas un gonflement insolite d'un grand nombre de follicules intestinaux, et dans l'autre des pétéchies répandues dans presque toute la longueur du canal digestif, pétéchies qui, probablement, se sont développées à l'intérieur, en même temps qu'elles ont paru à l'extérieur; dans ces deux cas, la congestion cérébrale était portée au point de déterminer une rougeur vive de tout le réseau vasculaire de la pie-mère, coloration à laquelle la substance cérébrale participait elle-même, du moins à la superficie des circonvolutions. (*Obs.* V.e) Ce rapprochement n'indique-t-il pas que, dans les maladies, le degré d'altération que subissent les organes est, tout étant égal d'ailleurs, subordonné à la durée d'action des causes morbifiques? Or si, dans quelques cas, cette action, quoique très-passagère, est suffisante pour déterminer la mort, soit qu'elle ait une intensité plus grande, soit qu'elle s'exerce sur un sujet autrement disposé (comme chez les femmes du premier et du deuxième faits, dont l'une était enceinte et l'autre récemment accouchée), doit-on s'attendre à trouver des lésions qui exigent un plus long espace de temps pour devenir manifestes ou pour rester telles après la mort? Si nos moyens d'investigation ne peuvent nous les faire reconnaître, la raison les indique et l'induction les confirme.

Mais quelles sont donc ces lésions dans la première période de la scarlatine? Ce sont, comme nous venons de le voir, de simples congestions sanguines, mais des congestions dont le nombre et l'étendue remplacent en quelque sorte la profondeur, des congestions qui s'étalent largement sur la peau et à l'origine des membranes muqueuses, pénètrent quelquefois dans leur intérieur, envahissent le cerveau, et, chose remarquable, qui tient probablement au génie de la maladie, s'éparpillent sur les viscères de la même manière qu'elles le font sur la peau : ainsi nous avons trouvé les membranes muqueuses gastrique et pulmonaire, et surtout cette dernière, d'un rouge livide uniforme; le cerveau lui-même coloré en rouge, comme si une teinture eût été appliquée à sa surface. (*Obs.* V.ᵉ) On dirait que, dans ces cas, la cause de la scarlatine, quelle qu'elle soit, étant surabondante, ne peut épuiser toute son action au dehors, et déborde sur les viscères en s'y comportant comme à la surface de la peau. Mais comment accorder le danger de la maladie, la promptitude de la mort survenue dans les cas précédens avec de simples congestions sanguines qui n'altèrent point la structure des organes, n'y laissent aucun produit inflammatoire, et ne font qu'y accumuler du sang en quantité contre-nature? Ici ce n'est point par le degré de l'altération, mais par son étendue et son siège, qu'il faut juger de la gravité du mal; si un simple érythème de la peau, déterminé par une brûlure occupant toute la surface de cette membrane, est capable de déterminer la mort, comme on en possède des exemples, que sera-ce lorsque cet érythème s'emparera du tégument interne et portera son action jusqu'au cerveau? Aussi voyez quelle série de symptômes effrayans annoncent la souffrance successive des organes compromis. Ce sont d'abord des lassitudes générales, un accablement insolite, des douleurs atroces dans les reins, à la tête;

auxquelles succèdent un mal-aise, une anxiété inexprimables, ayant leur source dans cette irritation et cette chaleur brûlante qui dévorent l'individu au dedans comme au-dehors; bientôt se manifestent une douleur âcre et persévérante dans le fond de la gorge, une soif ardente, des vomissemens verdâtres réitérés; enfin l'agitation redouble, un délire vif et pénétrant s'empare des malades qui succombent presque aussitôt que les atteintes du mal sont parvenues jusqu'au cerveau. C'est donc par une irritation portée sur les organes les plus nobles, que la scarlatine devient quelquefois mortelle dès son début; par une irritation qui a sans doute quelque chose de spécial en vertu de la spécialité de la cause, mais qui n'en réclame pas moins un traitement antiphlogistique comme nous le dirons plus tard. Examinons à présent quelques autres faits dans lesquels la mort est survenue au bout d'un temps plus éloigné à dater de l'invasion de la maladie, et voyons si les lésions seront de même nature, et si elles croîtront encore avec la durée du mal.

Deuxième série de faits.

Scarlatines funestes à l'époque de la desquammation. — *Obs.* VI.° — Un porteur d'eau, âgé de 22 ans, grand, fort et bien musclé, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 4 novembre 1825, atteint, depuis trois jours, de tous les prodrômes d'une maladie grave : lassitudes générales, courbature, forte céphalalgie, douleur de rein avec sensation de brisement dans cette région, enfin perte complète d'appétit, nausées et même vomissemens. Ces symptômes étaient survenus sans cause appréciable, et vers la fin du second jour une rougeur érysipélateuse s'était répandue sur toute la surface du corps. A l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, cette rougeur persistait, mais d'une manière partielle; la douleur de rein se faisait sentir avec vio-

lence, il y avait un grand accablement et un état d'angoisse extraordinaire; la langue était d'un rouge couleur de framboises, l'arrière-gorge douloureuse, principalement dans l'acte de la déglutition, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent et dépressible. (*Tisane d'orge, cataplasme autour du cou*). Le lendemain et jours suivans, aux symptômes précédens s'ajoute une inflammation vive des membranes muqueuses nasales, auriculaires et oculaires; les yeux deviennent rouges et chassieux; par les oreilles et le nez s'écoule un mucus visqueux et odorant; l'air gêné dans son passage à travers les fosses nasales, fait entendre un sifflement désagréable; la rougeur de la peau s'évanouit peu-à-peu; en même temps le malade est pris de surdité et tombe dans l'assoupissement, la langue se dessèche complètement, le pouls perd un peu de fréquence: des sinapismes sont appliqués aux membres inférieurs, afin de dissiper cet état de stupeur. Au 12.e jour, un peu de tuméfaction se manifeste le long de la partie antérieure et latérale gauche du larynx; on y fait peu d'attention. Au 13.e et 14.e, le catarrhe nasal et auriculaire s'appaise graduellement, la surdité se dissipe, le malade revient à lui et reprend toute sa connaissance, le pouls rentre dans l'état naturel, mais peu-à-peu la tuméfaction du cou fait des progrès; au 17.e et 18.e jour elle s'étend sur toute la partie antérieure et supérieure de cette région, de manière à simuler un goître volumineux. Une rougeur érysipélateuse se répand sur cet engorgement et à son voisinage. Enfin, les deux derniers jours, la tuméfaction devient si considérable, que la respiration s'en trouve gênée, et que la parole devient entièrement rauque. Une prompte asphyxie fait périr le malade au 21.e jour, malgré deux fortes applications de sangsues.

Ouverture du cadavre le lendemain. — A gauche du larynx, vaste abcès s'étendant entre les muscles qu'il

avait en quelque sorte disséqués jusques à la colonne vertébrale, et circonscrivant même la paroi postérieure du pharynx; à droite, infiltration d'une lymphe plastique dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, de manière à ne former des parties molles de la région cervicale antérieure qu'une sorte de tissu homogène partout pénétré de suppuration. Les mêmes désordres s'étendaient jusques à l'entrée des voies aériennes; l'épiglotte, les ligamens arythéno-épiglottiques jusques aux cordes vocales, étaient boursoufflés, doublés et même triplés de volume, par suite de l'infiltration de la même lymphe plastique dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ainsi qu'il arrive dans l'angine œdémateuse. La membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches offrait une rougeur assez vive, principalement dans les intervalles qui séparent les cerceaux cartilagineux; les poumons étaient simplement engoués d'une sérosité spumeuse; le cœur sain. Au cerveau, rien de contre-nature, qu'un peu d'injection dans les méninges et quelques pointillures rouges dans la substance cérébrale. Dans l'abdomen, désordres plus considérables qu'on aurait pu le penser d'après les symptômes; rides nombreuses formées par la membrane muqueuse gastrique, ce qui donnait lieu à des plis disposés par carrés assez réguliers, dont le sommet était d'un rouge vif, et les espaces intermédiaires offraient une couleur ardoisée-rougeâtre avec épaississement réel de la membrane muqueuse. Dans les intestins grêles comme dans le gros intestin, développement remarquable de la plupart des follicules mucipares, formant, au voisinage de la valvule cœcale, des plaques ovalaires, saillantes, et d'une couleur brune. Dans le colon, ces follicules, tous isolés mais très-rapprochés, donnaient lieu à une foule de petits mamelons lenticulaires marqués d'un point noir à leur centre. Du reste, çà et là injection ra-

miforme des capillaires de la membrane muqueuse, mais point d'ulcérations; foie dans l'état naturel; vésicule biliaire distendue par une bile épaisse et verdâtre; autres organes sains.

Obs. VII.e — Un garçon bottier, âgé de 16 ans, fut pris, sans cause connue, (le 6 juillet 1825), de courbature et de lassitudes générales, avec douleur à la tête, dans les reins, et spécialement à la gorge. Le 7 et le 8, ces symptômes allèrent en augmentant. Le 9, le malade se fit transporter à la maison de Santé du faubourg Saint-Denis, où l'on reconnut tous les caractères de la scarlatine; la peau avait pris une couleur rouge générale. Bref, tous ces symptômes s'étant amendés promptement, le malade voulut, au bout de huit jours, quitter l'établissement dont nous venons de parler. Le 16, il rentra chez lui dans un état assez satisfaisant en apparence, se remit à son travail, reprit son régime habituel, se fatigua et prit un peu de froid; la peau entrait alors en desquammation. Enfin, le 23, il éprouve de nouveau de la céphalalgie et de la fièvre; le mal de gorge reparaît à un certain degré. Le 24, il entre à l'Hôtel-Dieu, où nous le trouvons dans l'anxiété la plus grande, se plaignant outre-mesure sans assigner aucun siège précis à ses souffrances, changeant continuellement de position; l'épiderme qui recouvre la paume des mains et la plante des pieds était sur le point de tomber par larges lames membraneuses imitant la forme de ces parties et laissant à nu le corps muqueux d'un rouge-vif; la peau du tronc et des membres offrait pareillement une rougeur assez vive, par suite de la desquammation dont elle était le siège; on aurait dit que c'était un retour de l'éruption de la scarlatine. Le ventre était tuméfié, dur, tendu et douloureux à la pression, surtout à l'épigastre, la langue bordée en rouge, mais humide, le pouls fréquent. (30 *sangsues à l'épi-*

gastre, cataplasmes). Le 25, aucun soulagement, même état d'anxiété avec chaleur brûlante extérieure dont le malade se plaint vivement, ce qui le porte à se découvrir et à varier continuellement sa position ; même tension et dureté du ventre que la veille, respiration anxieuse et précipitée, rougeur uniforme de la peau, moins vive que dans l'éruption de la scarlatine, mais cependant assez marquée pour faire croire à une nouvelle invasion de la maladie, grande soif, pouls toujours fréquent. (25 *sangsues à l'anus qui fournissent un écoulement de sang très-abondant, vésicatoires aux jambes, trois pots de limonade*.) Le 25, pendant la nuit, agitation et délire. Le 26, anxiété inexprimable qui fait que le malade se retourne continuellement dans son lit, et ne peut assigner aucun caractère à ses douleurs; conjonctives injectées, yeux larmoyans, respiration saccadée, suspirieuse; parole faible et entrecoupée; abdomen comme gonflé et empâté dans ses parois, plus dur et plus soulevé à la région épigastrique que dans le reste de son étendue, douloureux à la pression dans sa totalité; pouls fréquent et misérable. A midi, la respiration s'embarrasse; le malade rend une selle liquide et noirâtre. Il meurt peu de temps après.

Ouverture du cadavre vingt heures après la mort. — Très-faible roideur cadavérique, parois de l'abdomen commençant à verdir. — *Tête.* Arachnoïde dure et sèche au toucher, paraissant être le siège d'une rougeur-violette uniforme ; mais ayant séparé cette membrane de la pie-mère, il a été facile de voir que cette coloration appartenait en propre à cette dernière membrane, laquelle était partout pénétrée de sang, tant son réseau vasculaire était injecté. Ayant décollé pareillement la pie-mère et mis à nu les circonvolutions cérébrales, les écartant les unes des autres, nous avons vu que la même couleur était partout répandue à la périphérie du cerveau, comme

si on eût trempé cet organe dans une teinture de bois de Campêche; les lavages les plus répétés ne changeaient rien à cette coloration, qui cependant était tout-à-fait superficielle. En effet, à un quart de ligne de profondeur, la substance cérébrale était pâle, médiocrement consistante et faiblement ponctuée en rouge. Les deux plexus choroïdes, la toile choroïdienne, et la portion de pie-mère qui environne le cervelet, offraient la même coloration que les autres points de cette membrane, mais sans que cette coloration s'étendît à la substance cérébrale du voisinage. —*Thorax*. Plusieurs onces de sérosité sanguinolente épanchée dans les cavités des plèvres, rougeur violacée partielle de la trachée-artère et des bronches, engouement des poumons à leur partie postérieure, cœur sain. —*Abdomen*. Membrane muqueuse gastrique d'une couleur rouge générale par ponctuations et petites ecchymoses, épaissie, ramollie, et s'enlevant facilement par le grattage; intestins présentant à leur partie inférieure un certain nombre de follicules de Peyer rouges et gonflés; gros intestin rempli d'une bouillie noirâtre formée par les matières fécales délayées avec du sang. On voyait en outre dans le cœcum une ulcération étroite et très-profonde paraissant être ancienne; et plus loin dans le colon, un grand nombre de franges d'un demi-pouce à un pouce de longueur, continues dans la membrane muqueuse, et formant autant d'appendices d'un rouge foncé.

Obs. VIII.ᵉ — Un maçon, âgé de 22 ans, d'une belle taille, d'une bonne constitution, est pris sur le soir, en revenant de son travail (12ᵉ juillet 1825), de frissons suivis d'un mal-aise général, de céphalalgie et de douleurs dans les reins. Le 13, à ces symptômes s'ajoute un grand mal de gorge; le malade est obligé de garder le lit, fait diète, et ne prend que de l'eau sucrée pour boisson. Le

14, la peau devient rose, puis rouge. Le 15 (jour de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu), elle avait une couleur d'un rouge uniforme, comparable au test d'une écrevisse cuite, et disparaissant momentanément par la pression ; la langue, le voile du palais et tout l'intérieur de la bouche, offraient une rougeur encore plus vive; en même temps un sentiment d'ardeur avec gêne de la déglutition se faisait sentir dans l'arrière-gorge ; une chaleur brûlante existait à la peau, et à ces symptômes se joignaient une certaine anxiété dans l'expression de la face, une grande soif et beaucoup de fréquence dans le pouls, qui toutefois se déprimait aisément. (*20 sangsues sous la mâchoire, limonade pour boisson.*) Les jours suivans, ces phénomènes vont graduellement en diminuant d'intensité, la rougeur de la peau s'évanouit peu-à-peu, le pouls rentre dans l'état naturel, le mal-aise et l'anxiété cessent entièrement, mais la langue conserve sa rougeur, elle présente même un peu de sécheresse à son centre. (*A la limonade on ajoute pour boisson un julep avec* ℈ j *d'acétate d'ammoniaque.*) Le 23, le malade était très-bien; on apercevait déjà les traces d'une desquammation commençante autour du cou, lorsque le 24, dans le cours de la journée, se manifeste un frisson suivi d'une forte céphalalgie, d'une grande soif et de fièvre. Le 25, agitation, malaise, anxiété qui forcent le malade à changer souvent de position; fréquence du pouls, ampoules nombreuses remplies d'un fluide transparent, formées par un soulèvement irrégulier de l'épiderme, et situées principalement sur les membres et le ventre : tout autour de ces espèces de *sudamina*, la peau a repris une rougeur uniforme, comme si l'éruption de la scarlatine tendait à reparaître. (*Saignée de trois palettes qui se recouvre immédiatement d'une couenne épaisse.*) Le 26, peu de soulagement, même état d'anxiété, forte céphalalgie, aucune autre

douleur accusée par le malade. (*Limonade Mindererus* ℈ j, *julep gommeux Mindererus* ʒ, *vésic. aux jambes.*) Les jours suivans jusques au premier du mois d'août, la fièvre cesse entièrement vers le matin, mais chaque soir elle reparaît par paroxysmes violens suivis de chaleur, de rougeur à la peau, et d'un grand mal-aise qui se prolonge bien avant dans la nuit. Toutefois la peau entre en desquammation, l'épiderme des mains se détache par longues lanières. Le 1er août, une douleur aiguë se déclare brusquement dans le côté gauche de la poitrine. Le 2, la fièvre et la chaleur sont en permanence, la douleur de côté devient plus aiguë et s'accompagne d'une vive sensibilité des muscles qui environnent ce côté de la poitrine, ensorte que le malade ne peut supporter la moindre percussion et ne se redresse qu'avec peine; la respiration est suspirieuse, entrecoupée. De plus, en arrière et à gauche, diminution notable du son thorachique, suspension presque complète de tout bruit respiratoire qui ne fait entendre aucun râle, aucun bruit particulier, indicateurs ordinaires de pleurésie ou de pneumonie; à droite, la respiration est forte, vive et puérile. (*4 ventouses scarifiées sur le côté affecté, julep diacode.*) Les cinq jours suivans, la fièvre se calme un peu, l'anxiété diminue, mais le côté gauche de la poitrine présente une matité de plus en plus prononcée. (*Vésic. sur le côté, julep huileux, oxymel* ʒ ij, *sirop d'ipécacuanha* ℥ j. Le 7 au soir, redoublement de la fièvre. Le 8, râle de l'agonie, lèvres bleuâtres, face violacée, yeux saillans; en outre, mouvement alternatif de sortie et de rentrée de la langue hors de la bouche, et dans l'intérieur de cette cavité, phénomène qui a précédé la mort et a duré plus d'une demi-heure.

Ouverture du cadavre le lendemain. — Faible rigidité cadavérique. — *Tête.* Engorgement des vaisseaux céré-

senté aucune trace d'éruption dans tout le cours de la maladie, quoique l'angine et les autres symptômes parussent appartenir à la scarlatine.

Ouverture du cadavre le lendemain. — Faible rigidité cadavérique — *Tête.* Injection foncée des vaisseaux méningiens, et surtout du réseau vasculaire de la pie-mère, à tel point que cette membrane avait une couleur rouge-garance uniforme; la même couleur existait, mais à un moindre degré, à la superficie des circonvolutions; les lavages les plus répétés n'y changeaient rien; d'ailleurs, aucune autre lésion dans la substance cérébrale, sinon qu'elle avait perdu un peu de sa consistance; médiocre épanchement de sérosité dans les ventricules. Le voile du palais, la luette et les amygdales étaient rouges, engorgés, mais ne bouchaient pas entièrement l'isthme du gosier; le pharynx avait une couleur noirâtre uniforme; le larynx, la trachée-artère, et même les bronches, offraient la même couleur dans toute leur étendue, mais sans épaississement de la membrane muqueuse. Le cœur était sain, l'estomac ponctué en rouge en plusieurs points, brunâtre en d'autres, fortement injecté à son orifice cardiaque; les intestins étaient exempts de toute altération.

Dans les observations qui viennent d'être rapportées, ce n'est point au début, ou peu de temps après l'invasion de la scarlatine, que la mort est survenue, comme nous l'avons vu précédemment; ce n'est point à l'époque où cette fougueuse maladie fait une irruption violente sur la peau, les membranes muqueuses, et quelquefois des viscères plus cachés; c'est à une période plus éloignée, lorsque (pour quelques-uns de ces cas du moins) le calme paraissait avoir succédé à l'orage, et que tout semblait rentrer dans l'état naturel. Toutefois, les accidens qui ont surgi plus tard et ont fait périr les malades,

étaient une suite de la même maladie, une conséquence du trouble importé dans l'économie par l'introduction d'une cause spéciale, dont l'activité, émoussée en quelque sorte par un premier jet, s'est ensuite réveillée avec une nouvelle énergie. Ainsi donc, il faut distinguer deux époques de danger dans la scarlatine; l'une, provenant presque immédiatement des effets d'une cause agissant par une secousse violente sur plusieurs surfaces, tant internes qu'externes; l'autre, plus tardive, étant une suite prolongée de cette même secousse, et tenant aussi à des effets plus secondaires, comme nous le dirons bientôt.

Examinons d'abord quelles sont les lésions trouvées à l'ouverture des cadavres dans cette seconde période de la maladie? Ces lésions sont à-peu-près les mêmes que celles dont il a été parlé dans nos premières observations, avec cette différence qu'ayant été plus long-temps à se développer elles sont aussi devenues plus manifestes; et c'est encore dans les mêmes viscères que nous les retrouverons, donnant lieu pareillement aux mêmes symptômes. Ce sont des rougeurs dans la membrane muqueuse trachéo-bronchique, et dans un cas (*Obs.* VI.e) une inflammation plus profonde de l'entrée des voies aériennes, d'où est résultée une véritable angine œdémateuse et un développement rapide d'un énorme foyer de suppuration autour du larynx et du pharynx; ce sont des congestions cérébrales qui, pour deux autres cas (*Obs.* VII.e et IX.e), sont allées jusqu'à produire une suffusion sanguine dans tout le réseau de la pie-mère et dans toute la périphérie du cerveau, comme déjà nous l'avons observé dans un autre cas (*Obs.* V.e); des injections et pointillures rouges avec épaississement et ramollissement de la membrane muqueuse gastrique; des boursoufflemens insolites de la plupart des follicules de l'intestin, quelquefois avec flu-

xion hémorrhagique dans l'intérieur de ce canal (*Obs.* VIIe). A ces lésions s'en sont ajoutées d'autres que nous n'avions point encore observées, savoir : des épanchemens sanguinolens ou purulens dans la cavité des plèvres (*Obs.* VIIe et VIIIe), épanchemens qui, d'après la promptitude de leur développement et de leur marche, appartiennent tout-à-fait au génie dévastateur de la scarlatine, lorsqu'elle ne se juge pas convenablement, pour nous servir d'une expression consacrée par l'antiquité.

Il est, en effet, un temps d'évolution, de maturité et de déclin pour certaines maladies, comme pour les productions de la nature, pour les maladies surtout qui tiennent à des germes contagieux apportés du dehors; celles-ci provoquent une série de symptômes, dont la marche, la succession et la durée ont un type propre, duquel ni la nature ni l'art ne peuvent s'éloigner sans danger; telle est la scarlatine, telle est aussi la variole. Après les prodrômes de ces maladies, viennent l'éruption cutanée à jour fixe, la maturation et la desquammation à époques déterminées, peut-être l'élimination critique et plus éloignée de quelque principe nuisible par des moyens et des voies encore peu connus, et tout rentre dans l'ordre lorsque ces diverses phases ont été parcourues dans le temps et suivant la marche et la mesure voulues par la nature régulière de la maladie. Mais si, à l'époque de l'éruption vers la peau, une éruption semblable se manifeste à l'intérieur (*Obs.* IIIe, IVe, V.^e^, VIe, VIIe et VIIIe); si, dans le temps de la maturation, le travail inflammatoire qui se passe à la peau vient à être enrayé par une cause quelconque, ou même ne se manifeste nullement à la peau (*Obs.* IXe) (1); si, pen-

(1) Nous sommes fondés à considérer ce cas comme une fièvre scarlatine sans éruption scarlatineuse; de même qu'il existe, d'après de

dant la desquammation de cette membrane, devenue plus sensible par le dépouillement de son épiderme, le froid vient à la frapper (*Obs.* VII.e) dans le moment où elle est le siège d'une sueur critique; est-il étonnant que des accidens graves se développent, que la mort s'ensuive, et qu'on trouve sur le cadavre des congestions viscérales supplémentaires, en quelque sorte, de celle de la peau, qui devait avoir la plus grande part dans ces diverses scènes pathologiques.

Ce que nous venons de dire sur le développement et la marche irrégulière de la scarlatine, peut être confirmé par les observations que nous avons rapportées précédemment; mais pour en faire sentir davantage l'importance, nous allons exposer quelques exemples de scarlatine régulière, dans lesquels cette maladie s'est montrée si bénigne, qu'on aurait peine à la reconnaître d'après les tableaux que nous en avons tracés jusqu'à présent.

Troisième série de Faits.

3.° *Scarlatines régulières et bénignes.* — *Obs.* X.e — Une fille âgée de dix-huit ans, forte et trapue, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1826, racontait que le 30 juin au soir, après avoir travaillé selon son habitude, elle avait été prise à la fois de courbature générale, d'envies de vomir et de douleur à la gorge; que le lendemain,

---

bons observateurs, des fièvres varioleuses sans variole. Nous nous appuyons sur les trois considérations suivantes: 1.° à l'époque où ce fait a été recueilli (1825), il régnait beaucoup de scarlatines; la maladie s'est montrée épidémiquement, et nos autres observations en font foi; 2.° une simple angine tonsillaire n'a pas cette âcreté persévérante, et n'est pas ordinairement suivie de résultats aussi funestes que ceux dont il est fait mention dans le même fait; 3.° enfin, à part l'éruption scarlatineuse, les autres symptômes et les désordres cadavériques, s'accordent avec ceux dont il a été question dans les cas de scarlatine complète.

1.er juillet; son mal de gorge avait augmenté, que des vomissemens étaient survenus et des rougeurs s'étaient manifestées au-devant de la poitrine; qu'enfin, le 2, les mêmes symptômes persistant, les règles, qui étaient en retard, avaient paru, mais s'étaient supprimées en venant à l'hôpital. Voici quel était son état: mal de gorge assez vif; déglutition embarrassée comme par un corps volumineux et hérissé de pointes, lequel obstruerait l'entrée du pharynx; parole nasonnée; tuméfaction et rougeur vive au voile du palais et aux amygdales, dont la droite est couverte d'une sorte de couenne blanchâtre; même coloration de la langue, dont les papilles se détachent et forment autant de petits mamelons d'un rouge plus vif encore; gencives tapissées par une pellicule mince, pulpeuse et grisâtre, qui s'enlève facilement avec le doigt. En outre, rougeur tendre de toute la surface de la peau, entremêlée, aux avant-bras, de quelques papules saillantes, chaleur âcre et sécheresse de cette membrane; soif vive, fréquence du pouls, intelligence saine. (*Douze sangsues sous la mâchoire.*) Le 4, bonne nuit, retour des règles, mal de gorge moins violent, rougeur des tégumens plus prononcée. (*Limonade, émulsion, cataplasme autour du cou.*) Le 5, mal de gorge de plus en plus supportable; persistance de l'écoulement menstruel; médiocre fréquence et souplesse du pouls; commencement de moiteur sur la peau; langue humide quoique d'un rouge de feu. Le 6, moiteur vaporeuse générale; calme du pouls; une selle; cessation naturelle des règles. Les jours suivans, la teinte rouge de la peau disparaît, celle de la langue s'affaiblit. Le 10, quelques écailles furfuracées se manifestent à la peau; cette desquammation s'étend peu à peu à la surface du corps, mais respecte l'épiderme des mains et de la plante des pieds. Enfin, cette malade quitte l'hôpital, vers la fin du mois, en pleine santé.

Obs. XI.e — Un garçon marchand de vin, âgé de 15 ans, était bien portant le 29 juin 1826; il mit, ce jour là, du vin en bouteille dans une cave assez fraîche, et se refroidit. Le 30 au matin, il est pris d'envies de vomir et de vomissemens; bientôt il éprouve une courbature générale; enfin un mal de gorge très-vif se déclare. Le 1.er juillet, quelques rougeurs se montrent à la peau. Le 2 (jour de l'entrée du malade à l'hôpital), rougeur tendre de la peau, partielle aux membres, uniforme et manifeste surtout au-devant de la poitrine et de l'abdomen; même coloration des bords de la langue, du voile du palais et des amygdales, lesquelles sont assez tuméfiées pour aller à la rencontre l'une de l'autre; pellicules grisâtres partielles recouvrant divers points de la cavité de la bouche, et se détachant par le moindre frottement; déglutition douloureuse, parole voilée, pouls modérément fréquent. (*Tisane de chiendent et de réglisse, catapl. autour du cou*). Le 3, rougeur des tégumens plus prononcée et plus générale. Le 4, cessation presque complète de la fièvre; peu de douleur gutturale. Le 5, pouls calme, déglutition facile, décoloration des tégumens; mais la langue présente encore une rougeur intense; appétit. (*Deux soupes.*) Le 8, quelques traces de desquammation sur la peau, qui, peu-à-peu, se dépouille les jours suivans, aidée dans ce travail par quelques sueurs. Le 20, le malade a désiré quitter l'hôpital; il est parti avec la recommandation expresse de se tenir chaudement.

Obs. XII.e — Un relieur, âgé de 16 ans, d'une complexion grêle, d'une petite stature, fut pris, le 26 juin 1825, de malaise, de lassitudes générales et de mal de gorge, symptômes qui allèrent en augmentant et auxquels se joignit, le 27 au soir, une rougeur vive de la peau. A son entrée à l'hôpital, le 28, cette rougeur occupait

toute la surface du corps, plus apparente cependant aux plis des articulations, aux aînes surtout, qu'en aucun autre point; il y avait une grande douleur de gorge, avec tuméfaction des amygdales, rougeur des bords de la langue; toutefois, la fièvre était modérée. (*Douze sangsues sous la mâchoire.*) Le 29, peu de changemens; persistance de la douleur gutturale. (*Tisane de chiendent et de réglisse.*) Le 30, diminution du mal de gorge; couenne blanchâtre à la surface des amygdales; pellicules de même nature appliquées sur les gencives jusques au collet des dents. Le 1.er juillet, cessation presque complète de la fièvre et de la rougeur cutanée. Le 5, traces de desquammation; disparition des pellicules couenneuses qui recouvraient l'intérieur de la bouche. Le 11, desquammation pleine et entière, s'étendant jusques à la plante des pieds, dont l'épiderme est décollé en forme de semelle; sueurs passagères; guérison et sortie du malade vers la fin du mois.

Il est inutile de multiplier les faits de cette nature pour faire voir que la marche régulière de la scarlatine s'accompagne d'un certain nombre de phénomènes, marqués chacun par un travail particulier qui n'est point l'œuvre d'un seul jour. Remarquons d'abord avec quelle bénignité l'invasion de cette maladie s'est manifestée; c'est bien encore par des lassitudes et un sentiment de courbature générale, par des nausées et quelquefois des vomissemens; mais point de douleur profonde et contusive dans les reins, point d'accablement, d'agitation ou d'anxiété extraordinaires, comme nous l'avons observé dans les faits de scarlatine grave. La maladie se limite, en quelque sorte, à son domaine propre; elle envahit l'arrière-gorge et la peau, mais ne s'étend point dans les fosses nasales, aux oreilles, dans la profondeur des membranes muqueuses, au cerveau; il n'y a point de délire. Elle parcourt

toutes ses périodes avec calme, ne produit qu'une fièvre modérée, n'empêche pas même l'exécution d'une fonction que le moindre trouble supprime ou suspend ordinairement, l'écoulement des menstrues (*Obs.* X.[e]). L'époque de la desquammation arrive, elle s'exécute librement, en même temps qu'un travail analogue semble se passer dans l'intérieur de la bouche. En effet, ces pellicules couenneuses, que nous avons dit recouvrir les gencives, la langue, les amygdales, etc., ne sont-elles pas l'effet d'une sorte de dépouillement de l'épithélium, comparable à celui de l'épiderme? N'est-ce pas là une des causes de la rougeur intense que présentent ordinairement ces portions de membranes muqueuses ainsi mises à nu, rougeur qui est, en quelque sorte, propre à la scarlatine, et ne se remarque jamais aussi générale et aussi vive dans aucune autre maladie? Enfin, pendant que la desquammation s'opère ou touche à sa fin, une moiteur, une sueur bienfaisantes viennent tempérer l'âcreté de la peau et mettre probablement un terme aux dangers de la maladie.

Telles ont été, dans les trois cas précédens, la nature et la succession des phénomènes de la scarlatine. Ces phénomènes, comparés à ceux qui ont eu lieu dans nos premières observations, ne portent-ils pas à penser que cette maladie n'est pas toujours la même, et présente un génie différent suivant des circonstances qui sont encore bien peu connues? Il est, en effet, peu d'affections qui soient aussi extrêmes, que la scarlatine, dans ses résultats graves ou bénins et à des époques de temps très-rapprochées, comme d'une année à l'autre, sans qu'on en sache trop les motifs.

Après avoir démontré que l'inflammation joue un grand rôle dans la scarlatine, tant à l'époque de son invasion qu'à une période plus éloignée, que c'est la seule cause

rempli de lamelles épidermiques provenant du dépouillement successif de la surface cutanée. Le 19, la plante des pieds et la paume des mains se dépouillaient à leur tour, et par larges écailles; des sueurs abondantes venaient encore favoriser par momens ce travail; enfin, le malade a bientôt quitté l'hôpital en pleine santé.

Obs. XIV.[a] — Une femme, âgée de 24 ans, accouche à terme de son premier enfant le 7 mars 1825, à l'hospice de la Maternité; l'accouchement est naturel, la mère ne nourrit point. Au bout de cinq jours, elle quitte la Maternité, se trouvant assez bien; mais de retour chez elle, elle est prise de courbature, de lassitudes générales, de mal de gorge et d'enrouement; les lochies se suppriment; on applique quinze sangsues à la vulve. Les jours suivans, la peau devient rouge, la malade éprouve un peu de délire; enfin elle est reçue à l'Hôtel-Dieu le 13 dans l'état suivant : face colorée, parole brusque comme dans l'imminence du délire; mamelles à moitié flétries; lochies presque nulles; quelques restes de rougeurs sur la peau, manifestes surtout à la paroi inférieure du ventre; langue d'un rouge de feu, mamelonnée à sa pointe et demi-sèche; soif; enrouement, douleur pendant la déglutition; fréquence du pouls. (*Saignée 2 palettes, sang très-couenneux.*) Pendant la nuit, agitation et délire qui nécessitent l'emploi de la chemise de force. Le 16, moins d'agitation; cependant, les idées ne sont point entièrement saines; les rougeurs de la peau disparaissent; çà et là on aperçoit quelques traces de desquammation. (*Deuxième saignée, tisane d'orge.*) Au soir, troisième saignée motivée par le retour du délire, la fréquence et la dureté du pouls. Le 17, amendement; cessation du délire; moins de fièvre; retour des lochies; persistance de la rougeur à la langue et d'une certaine gêne dans la déglutition. Au soir, redoublement; fièvre très-vive. (*Quatrième saignée

de trois palettes.) Dès ce jour, amélioration progressive; cessation de la fièvre; humidité de la langue, qui dérougit peu à peu. Le 21, desquammation furfuracée de l'épiderme du cou, du tronc et des membres; plus tard, douleur à la plante des pieds, dont l'épiderme se décolle largement en forme de semelle. Le 1.er avril, convalescence et sortie de la malade de l'hôpital. A cette époque, l'épiderme de la plante des pieds n'était point encore tombé; mais il n'y avait plus aucun accident.

Obs. XV.e — Une couturière âgée de 29 ans accouche pareillement à la Maternité, le 12 mars 1825, de son second enfant, et tout se passe suivant l'ordre naturel; au bout de quatre jours elle quitte cet établissement, se trouvant assez bien. Le même jour, 16 mars, elle éprouve des frissons, de la fièvre, et de la douleur dans le fond de la bouche; la nuit suivante est très-agitée. Le 17, les lochies se suppriment. Le 18 au soir, la malade est reçue à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant: rougeur uniforme et générale de la peau; plus marquée dans les endroits où cette membrane offre une texture mince, comme aux plis des avant-bras, aux aînes, à la paroi antérieure du ventre; chaleur mordicante au toucher; enrouement; parole presque éteinte; face animée; embarras pour répondre et rassembler les idées; langue d'un rouge vif à ses bords; lèvres desséchées et comme brûlées; pouls très-fréquent, offrant peu de résistance; respiration gênée, faisant entendre à l'auscultation un râle sybilant et muqueux général; hypogastre soulevé par le globe de l'utérus, qui n'est point encore réduit; suppression de tout écoulement lochial. (*Saignée 3 palettes, sang très-couenneux; 15 sangsues à la vulve; orge. gommé; émulsion.*) Le 19, amendement dans les symptômes indiqués précédemment; mais sur le soir, fièvre très-vive; chaleur intense à la peau; loquacité désordonnée qui, pendant la nuit,

se convertit en délire. (*Saignée 3 palettes.*) Le 21, calme; la rougeur de la peau commence à s'effacer; celle de la langue devient, au contraire, plus intense et plus générale; il existe encore un peu d'enrouement; toutefois, les lochies reparaissent. Le 22, tout s'amende; l'écoulement lochial devient plus abondant; la matrice se réduit; le délire cesse entièrement. Les jours suivans, la desquammation s'opère sans nouveaux accidens, et vers la fin d'avril, la malade quitte l'hôpital en pleine guérison.

Obs. XVI.e — Un tonnelier, âgé de 20 ans, bien constitué, d'une belle taille, fut admis à l'Hôtel-Dieu, le 3 octobre 1825, disant que le 30 septembre il s'était senti fatigué dans tout le corps et comme accablé par un malaise extrême; qu'ensuite il avait éprouvé un grand mal de tête, et bientôt après une douleur vive dans le fond de la bouche. Le lendemain, ces symptômes avaient augmenté, il s'y était joint une forte douleur de rein et quelques envies de vomir. Le 3.e jour, nous le trouvâmes dans l'état que voici : souffrances générales dont le malade ne peut indiquer le siège et préciser la nature, anxiété qui le porte à changer continuellement de position, face exprimant l'inquiétude et l'abattement, chaleur brûlante de la peau, dont la surface est nuancée de jaune et de rouge, notamment sur le devant de la poitrine; violente douleur de gorge, rougeur intense des bords de la langue; sensibilité du ventre par la pression et dans sa totalité, pouls fréquent, mais peu développé. (20 *sangs. à l'épig.*, *tis. de chiendent et de réglisse, émulsion* ℥ iv). Le 4, nuit des plus agitées. La peau qui recouvre le devant du thorax et le plis des articulations, commence à prendre la teinte rouge uniforme propre à la scarlatine; la langue participe elle-même à cette coloration dans sa totalité; l'anxiété du malade est à son comble, sa face est

horriblement souffrante, il ne peut rester en place un seul moment; il se plaint d'une chaleur dévorante à la peau et d'une douleur vive sous l'hypochondre droit; la pression augmente cette douleur. (*Saignée 3 palettes; sang couenneux; 20 sangsues à l'anus.*) Au soir, la région hépatique avait cessé d'être douloureuse, mais le malade accusait une douleur tout aussi poignante qu'il rapportait à la région précordiale; pendant la nuit il est pris de délire, et ne fait que se débattre et s'agiter. Le 5, état plus calme, quoique l'anxiété soit encore considérable; rougeur scarlatineuse concentrée au bas de l'abdomen et aux plis des aines, diminution de la douleur précordiale, fréquence et petitesse du pouls. (*Saignée 2 palettes, sang couenneux.*) Le 6, cessation de toute douleur, amendement qui se maintient le 7, le 8 et le 9, mais le 10 une forte douleur se fait sentir dans la région lombaire gauche. Le 11, cette douleur disparaît et fait place à une céphalalgie des plus vives, la fièvre redouble. (20 *sangsues derrière les oreilles.*) A partir de cette époque, aucun autre accident n'est venu entraver la marche de la maladie, la desquammation s'est opérée paisiblement, et à la fin du mois le malade a quitté l'hôpital en pleine santé.

Il suffit de lire les observations précédentes pour se convaincre que les maladies dont il y est question n'étaient point des scarlatines franches et régulières, et que l'honneur de la guérison appartient, en grande partie, au traitement antiphlogistique. A la vérité, dans la première de ces observations, la maladie s'est annoncée avec beaucoup de bénignité, sans autres prodrômes que la douleur de gorge; mais on a dû remarquer que la rougeur scarlatineuse avait gagné profondément les fosses nasales, et que probablement elle s'était aussi étendue au larynx, aux bronches, au pharynx, à l'œsophage, à l'estomac, si l'on en juge du moins par l'enrouement, la toux quinteuse et

les douleurs qui sont survenues plus tard dans la direction de l'œsophage et au creux épigastrique. Ces accidens auraient pu devenir graves, si une saignée n'eût été pratiquée à temps opportun. Le soulagement a été presque immédiat; la maladie est aussitôt rentrée dans sa marche ordinaire, favorisée dans sa terminaison par des sueurs abondantes. Dans la II.e et III.e observations, la scarlatine s'est montrée plus grave, son action s'est étendue jusques au cerveau; du délire est survenu, accident que nous avons vu plus d'une fois rapidement mortel chez des sujets placés dans les mêmes conditions que ceux dont nous parlons. (*Voyez* les I.re et II.e observations qui concernent pareillement des nouvelles accouchées.) Enfin, dans la IV.e observation cette affection a été plus grave encore et surtout plus anomale; son éruption tardive et incomplète n'a point suivi de marche régulière; des douleurs viscérales nombreuses et variées sont venues mettre plus d'une fois la vie en danger. Et qui oserait nier, d'après le siège de ces douleurs, que l'orgasme inflammatoire, provoqué par la scarlatine, ne se soit fixé tour-à-tour sur le foie, le cœur, les intestins, le cerveau; car c'est dans tous ces points que le malade paraît avoir souffert successivement ? Hé bien, tous ces accidens ont disparu sous l'influence des émissions sanguines; le prompt soulagement qui s'en est suivi à diverses reprises, atteste que ce n'est point là une simple coïncidence ou le résultat des efforts salutaires de la nature, mais bien un effet immédiat du traitement. Nous remarquerons d'ailleurs que le sang extrait de la veine a présenté cette plasticité, cette formation de couenne si commune dans les maladies inflammatoires; nous observerons enfin que la saignée générale s'est montrée plus efficace que les saignées locales, et l'on conçoit qu'il en doit être ainsi dans une maladie diffuse comme la scarlatine, maladie qui n'épargne aucun

système, et peut accumuler du sang en quantité considérable dans plusieurs viscères à-la-fois.

Ces succès font regretter peut-être que, dans nos premières observations, on n'ait pas employé le traitement antiphlogistique avec plus de vigueur; que, sous prétexte de favoriser l'éruption, on ait eu recours dans quelques cas (*Obs.* VIII.e), à des toniques diffusibles, tels que l'acétate d'ammoniaque, à des vésicatoires prématurés (*Obs.* VII.e); que, séduit par de trompeuses indications de saburre gastrique, on ait mis en usage des vomitifs (*Obs.* IX.e) jugés contraires par l'événement; qu'enfin, dans la crainte peut-être de faire avorter l'éruption, on se soit tenu trop long-temps dans une expectation douteuse. Mais à cet égard, nous avons à nous demander s'il est prudent d'affaiblir la circulation, de ralentir le jeu des mouvemens organiques à l'époque où une éruption se prépare ou se passe sur la peau; si, par cette conduite, on ne court pas le risque d'anéantir ou de faire rétrocéder cette éruption qui est dans le génie propre et régulier de la scarlatine comme dans celui des autres maladies exanthématiques. Cette considération mérite assurément quelque importance, lorsque tout se passe suivant l'ordre et le type propre à ces affections; mais lorsque des accidens graves se développent, on doit les combattre à quelque époque de la maladie qu'ils surviennent; souvent même alors le traitement de ces accidens ramène, en quelque sorte, la maladie à son allure ordinaire : ainsi l'éruption de la scarlatine, comme celle de la variole, est quelquefois puissamment favorisée par des émissions sanguines. Il y a toutefois un terme que l'on ne doit point dépasser, et au-delà duquel la réaction serait insuffisante pour compléter cette éruption; ainsi peut-être, dans la V.e observation (I.re *série*), faut-il accuser les deux copieuses saignées, et surtout la dernière, qui a été pratiquée dans un

moment où le pouls était faible, d'avoir favorisé la conversion de l'éruption en tache pétéchiale. Mais nous reviendrons sur ces considérations dans un résumé général, après avoir mis en regard des faits précédens d'autres faits qui prouveront que la variole est sujette, comme la scarlatine, à se compliquer d'accidens inflammatoires intérieurs, ayant le même point de départ et la même gravité.

(*La suite au Numéro prochain.*)

Mémoire sur l'état des artères qui naissent des tumeurs anévrysmales, et considérations sur l'emploi de la ligature entre le sac et le système capillaire; par M. Bérard aîné, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux.

Mécanisme suivant lequel certaines artères sont transportées sur les tumeurs anévrysmales. — Observations à l'appui. — Opinion des auteurs relativement à la perméabilité de ces vaisseaux. — Citations qui prouvent que les auteurs ont raisonné d'après la croyance qu'elles sont perméables. — Exposition théorique de leur imperméabilité. — Faits à l'appui. — Application de ces notions à l'opération de Brasdor ou de Wardrop, c'est-à-dire, à la ligature entre le sac et les capillaires (1).

Avant de parler de l'état des artères qui naissent des tumeurs anévrysmales, il est convenable de rechercher

---

(1) On peut deviner, d'après l'indication sommaire des idées contenues dans ce Mémoire, qu'elles sont en opposition avec quelques points de la doctrine des anévrysmes; il ne sera donc pas inutile de déclarer qu'au moment où j'écris, j'ai sous les yeux plusieurs des pièces d'anatomie pathologique sur lesquelles ce travail est fondé. J'ai de plus consulté un assez grand nombre de figures, et presque toutes les observations d'anévrysmes que j'ai pu me procurer.

par quel mécanisme elles y sont transportées. Lorsqu'une artère éprouve une simple dilatation de ses trois tuniques, on conçoit que les vaisseaux qui en naissent conservent avec le tronc principal le même rapport d'origine qu'ils avaient auparavant, à quelque degré même que soit portée la dilatation du vaisseau ; mais on sait que ce n'est pas ainsi que se forment les anévrysmes dans la plupart des cas. Les tuniques interne et moyenne de l'artère par suite d'altération organique, dans une portion plus ou moins étendue, s'éraillent, se déchirent ou s'ulcèrent, cessent de résister à l'effort latéral du sang qui soulève la membrane celluleuse de manière à la convertir en une poche placée sur le côté du vaisseau et communiquant avec lui par un orifice de forme et de diamètre variables. Comment se fait-il que des artères soient implantées sur ces sortes de kystes latéraux ? Avant de me rendre compte de ce fait j'étais presque tenté de le révoquer en doute et de supposer que les auteurs en avaient admis l'existence avec trop de légèreté. Voici le mécanisme suivant lequel s'opère le déplacement des artères que l'on rencontre sur les sacs anévrysmaux. J'examinerai d'abord le cas où il s'en trouve une seule, j'étendrai ensuite l'explication à ceux où il y en a un plus grand nombre. Admettons que les tuniques moyenne et interne de l'aorte deviennent le siége d'altérations organiques autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure, que par les progrès du mal elles soient déchirées, détruites. L'artère mésentérique ne tiendra plus à l'aorte que par la membrane celluleuse ou externe, qui passe de l'une à l'autre ; cette portion celluleuse sera soulevée par l'effort du sang de manière à former un petit sac latéral qui sera surmonté par l'artère mésentérique. Ce sac s'aggrandira, pourra parvenir au volume du poing et au-delà ; si l'on examine alors les parties, on verra qu'il est interposé à l'aorte et

à la mésentérique inférieure ; et que cette dernière s'est trouvée transportée à trois ou quatre pouces du vaisseau qui lui donnait naissance ; vaisseau auquel elle est encore unie par la membrane celluleuse qui forme les parois du sac anévrysmal. Voyons maintenant le cas ou plusieurs artères naissent du sac. Supposons qu'au lieu de se présenter autour de la mésentérique inférieure l'altération organique qui précède l'anévrysme se soit développée dans une portion de l'aorte où plusieurs branches artérielles naissent rapprochées les unes des autres, à l'insertion du tronc cœliaque et de la mésentérique supérieure, par exemple. Si la destruction des membranes internes comprend toute la portion de l'aorte dans laquelle ces artères sont inscrites, elles éprouveront toutes deux ce que la mésentérique inférieure a éprouvé seule dans le cas précédent ; elles seront entraînées avec la tunique celluleuse qui forme les parois de l'anévrysme. On ne les trouvera plus sur l'aorte, mais bien sur le sac anévrysmal. Enfin, lorsque l'altération organique d'une artère est assez étendue pour que la destruction des membranes internes comprenne toute sa circonférence, et pour que l'anévrysme, au lieu de consister en une poche latérale, représente une vaste ampoule interposée aux deux bouts du vaisseau ; alors il est facile de concevoir que toutes les artères qui naissaient dans l'intervalle du bout supérieur et de l'inférieur, s'implanteront sur le sac anévrysmal.

Tant que l'anévrysme est limité par la membrane celluleuse de l'artère affectée, les branches qui s'insèrent sur le sac tiennent encore au tronc qui leur donnait origine autrefois, par l'intermédiaire de cette tunique celluleuse ; mais dans un degré plus grand de distension, la tunique celluleuse elle-même s'éraille, et les artères attachées au sac ont perdu toute connexion avec le tronc principal.

Prouvons actuellement par quelques exemples ce que nous venons d'avancer. J'ai été chargé par la Société anatomique, d'examiner une tumeur anévrysmale qui lui avait été présentée par M. Bergeon : Voici ce qu'une dissection et une inspection attentives m'y ont fait voir. La tumeur est un peu plus grosse qu'un œuf de poule ; elle s'élève de l'intervalle des piliers du diaphragme ; l'aorte communique avec le sac par une ouverture ovalaire dont le grand diamètre est vertical et a un pouce et demi d'étendue ; le diamètre transversal a un peu moins d'un pouce.

On ne voit plus à l'intérieur de l'aorte l'orifice du tronc cœliaque ni de la mésentérique supérieure, les artères ont été transportées sur la partie antérieure de la tumeur ; on voit naître, en effet, de cette dernière : 1.° Les trois branches que fournit la cœliaque, et à deux pouces plus bas, la mésentérique supérieure. La membrane celluleuse de l'aorte forme les parois du sac ; la membrane interne et la moyenne semblent se terminer au bord de l'ouverture de communication de l'aorte avec l'anévrysme ; elles forment là un bord épais, calleux et inégal. Le tronc cœliaque et la mésentérique supérieure, ne tiennent donc plus à l'aorte que par leur membrane celluleuse.

J'ai sous les yeux un autre anévrysme que j'ai préparé et desséché à Angers ; il occupe la partie inférieure de la poitrine et la supérieure de l'abdomen ; la tumeur est énorme, elle touchait presque l'appendice xyphoïde. Elle donne naissance : 1.° aux trois branches qui partent de la cœliaque ; 2.° à la mésentérique supérieure ; 3.° à deux artères rénales. (Les artères rénales étaient multiples sur ce sujet).

Guattani représente l'aorte et les artères iliaques d'un sujet qui avait été atteint de plusieurs anévrysmes spontanés. Il y en a un sur chaque artère iliaque externe ; celui

du côté gauche est plus volumineux que le poing et appartient bien à ceux dont je m'occupe (il le nomme *spurium*). L'artère épigastrique a été transportée sur le sac, comme on peut le voir, en consultant la figure ou le texte. (Voyez *Scriptorum latinorum de anevrysmatibus collectio.*).

Dans la figure 1.re de la planche VIII.e, de M. Hodgson, cet auteur représente une tumeur anévrysmale qui s'élève de la partie gauche de la courbure de l'aorte; l'altération organique ayant détruit les membranes internes autour de l'artère sous-clavière gauche, cette dernière a été éloignée de l'aorte, elle surmonte la tumeur anévrysmale. J'aurai occasion de citer bientôt plusieurs cas analogues à ceux que je viens de présenter.

Après avoir établi le mécanisme du transport des artères sur les tumeurs anévrysmales, il me reste à examiner quel est l'état de ces artères à leur embouchure dans le sac. Les auteurs ont généralement raisonné d'après l'hypothèse que ces artères sont perméables, et ils considèrent cette perméabilité comme une des causes qui ramènent momentanément les pulsations dans les anévrysmes après l'opération suivant la méthode de Hunter; les citations suivantes feront connaître l'état de la science sur ce point de doctrine.

» Le sang qui pénètre dans le sac, malgré la ligature de l'artère, à une certaine distance de la maladie, peut provenir de trois sources : 1.° il peut arriver dans l'anévrysme, par l'extrémité supérieure de l'artère, dans laquelle il a été transmis par les branches d'anastomoses qui communiquent avec le tronc entre le sac et la partie où le lien a été appliqué; 2.° il peut rétrograder dans la tumeur par l'extrémité inférieure du vaisseau; 3.° *Enfin, il peut être amené par les branches d'anastomoses qui s'ouvrent dans le sac lui-même.* » (Hodgson, *Traité des*

maladies des artères et des veines, traduction de M. Breschet).

» J'ai prouvé par des faits d'anatomie pathologique et de chirurgie pratique, qu'en général la ligature de l'artère principale d'un membre, bien qu'elle détermine l'oblitération complète de ce vaisseau, ne peut pas produire en même temps celle des anastomoses qui peuvent exister déjà entre des vaisseaux latéraux et le tronc principal depuis sa ligature jusqu'au sac anévrysmal, non plus que l'oblitération des artères collatérales *qui s'ouvrent directement dans le sac*. (Scarpa, *Archives génér. de Méd.*, avril 1830).

» Quand la persévérance ou le renouvellement des pulsations ne sont pas l'effet de l'application irrégulière de la ligature, ils s'expliquent par la présence d'une ou de plusieurs branches collatérales, qui portent le sang trop rapidement, soit entre la tumeur et la partie de l'artère qui a été liée, *soit dans la tumeur elle-même*, soit au dessous de la tumeur (M. Marjolin, *Dict. de Méd.*, tom. 2, pag. 301).

» Supposons un anévrysme développé de telle sorte que les vaisseaux collatéraux, par lesquels devra se rétablir la circulation, *s'ouvrent* au centre de la tumeur. » (M. Roux, *parallèle de la Chir. angl. avec la française*).

Il est donc évident, d'après ces citations, que les meilleurs auteurs ne doutent pas de la perméabilité des artères qui s'ouvrent dans les tumeurs anévrysmales. Hodgson pense même qu'elles peuvent entretenir dans le sac un courant assez fort pour faire manquer l'opération de Hunter. « On a vu, dit-il, l'anévrysme du jarret s'ulcérer à la suite de la ligature de l'artère fémorale, et une hémorrhagie excessive en être la conséquence. Le membre ayant été amputé, on trouva que l'extrémité inférieure de l'artère qui avait communiqué avec le sac, était rem-

plie d'un caillot consistant ; le sang n'avait donc pu pénétrer dans le sac que par la portion supérieure du vaisseau, ou *bien que par les branches d'anastomoses qui communiquaient avec l'anévrysme.* » Il explique de la même manière ce qui se passa dans la XXXIX.ᵉ observation.

C'est cette croyance générale de la perméabilité des artères qui naissent sur les tumeurs anévrysmales, que je me propose de combattre. Je suis tenté d'avancer *que toute artère qui a été transportée sur un sac anévrysmal par le mécanisme que j'ai indiqué précédemment, est incapable d'y verser du sang ou d'en recevoir de lui, en un mot, qu'elle ne communique plus avec l'anévrysme.* Cependant, comme on s'expose toujours à des réfutations par des propositions trop absolues, je me bornerai à dire que dans le plus grand nombre des cas ces artères sont imperméables.

Je commencerai par une exposition théorique de cette opinion que j'appuyerai ensuite d'un assez bon nombre de faits, pour lui donner de la consistance.

Reprenons notre exemple d'un anévrysme de l'aorte au niveau de la mésentérique inférieure. Voici quelle est la disposition des parties : la tumeur est placée sur la face antérieure de l'aorte, avec laquelle elle communique, et, d'une autre part, elle est surmontée par l'artère mésentérique qui a été déplacée, comme nous l'avons dit. Le sang se dispose dans le sac en caillots concentriques qui adhèrent plus ou moins à la face interne. Il me paraît difficile qu'une colonne de ce liquide continue alors de se porter à l'artère mésentérique, car les caillots qui se pressent sur la face interne du sac obstrueront l'embouchure de l'artère qui s'y implante. On pourrait supposer, il est vrai, qu'il s'établira au centre des caillots un canal par lequel le sang continuera de se porter vers l'artère

mésentérique, comme on voit dans un anévrysme fusiforme la colonne de liquide passer de la partie supérieure de l'artère dans l'inférieure au milieu des couches de fibrine qui se sont déposées sur la face interne du sac. Mais il faut remarquer que les conditions ne sont pas les mêmes, puisque la tumeur étant située sur le côté de l'aorte, le sang trouve dans la partie inférieure de cette artère une large voie de dérivation qui n'existe pas dans le cas que nous lui avons comparé. La présence des caillots n'est pas la seule cause qui s'oppose à la perméabilité des artères implantées sur les tumeurs anévrysmales; il paraît démontré que la membrane celluleuse qui, par son ampliation, forme les parois de l'anévrysme, sécrète de la matière plastique, que l'on trouve déposée sous forme d'écailles salies par le sang à la face interne du sac. J'ai plusieurs fois enlevé en raclant ces sortes d'écailles, et tous ceux qui ont examiné des anévrysmes savent que leur face interne n'est pas lisse; cette exhalation plastique contribue à l'occlusion des vaisseaux implantés sur le sac. Aussi verra-t-on que, parmi les artères qui ont cessé de communiquer avec l'anévrysme, les unes sont obstruées par des caillots, les autres ont éprouvé une véritable inflammation adhésive; et ce dernier fait ne doit point étonner, puisqu'une artère qui a été écartée du tronc sur lequel elle s'implantait, par suite de la destruction des membranes moyenne et interne qui établissaient la connexion entre les deux vaisseaux, a éprouvé dans cette séparation une sorte de solution de continuité, analogue à celles qui suscitent l'inflammation adhésive. Voilà la partie théorique, voici les faits.

1.° Dans la première des observations que j'ai rapportées, nous avons vu les trois branches de la cœliaque et la mésentérique supérieure naître de la tumeur qui occupait l'intervalle des piliers du diaphragme. En examinant

le sac à l'intérieur, il était impossible d'y reconnaître l'orifice de ces vaisseaux; en poussant un stylet dans leur cavité, et le dirigeant vers l'anévrysme, le stylet était arrêté dans l'épaisseur de la poche et ne parvenait pas dans la cavité de l'anévrysme. J'ai raclé avec soin les écailles de matière coagulable et de fibrine qui tapissaient le sac, et je suis parvenu à découvrir l'orifice des branches de l'artère cœliaque. Alors le stylet a pénétré dans le sac. Ces artères étaient donc simplement murées (qu'on me pardonne l'expression) par les couches fibrineuses adhérentes à la face interne du sac. Il n'en était pas de même de l'artère mésentérique supérieure : celle-ci avait éprouvé l'inflammation adhésive, et ses parois étaient en contact immédiat.

2.° Dans la deuxième des observations que j'ai rapportées, l'artère mésentérique et les branches du tronc cœliaque naissaient également de la tumeur, la mésentérique paraissait même dilatée; cependant ces vaisseaux étaient complètement obstrués par des caillots desséchés.

3.° Hodgson représente (planche 7, fig. 1) un anévrysme situé au même endroit que les précédens, mais moins volumineux. L'artère cœliaque qui en naît est oblitérée ou obstruée, et le sac est rempli de coagulum. La mésentérique supérieure est aussi oblitérée, mais elle ne naît pas du sac; c'est une matière athéromateuse qui a rempli son orifice.

4.° M. Chaussier a vu une tumeur anévrysmale formée aux dépens de la paroi antérieure de l'aorte, à son passage entre les piliers du diaphragme; le sac était plein d'une matière qui offrait différens degrés de densité. L'artère mésentérique supérieure et le tronc opisto-gastrique (cœliaque) étaient complètement oblitérés.

Voilà quatre faits qui ont beaucoup de rapport ensemble. Dans les quatre, il y a oblitération des artères

cœliaque et mésentérique supérieures qui naissaient de la tumeur : continuons.

5.° M. Hourmann m'a montré un anévrysme de l'aorte descendante, occupant presque toute la région thoracique. Toutes les artères intercostales et aortiques naissaient de la tumeur, et toutes étaient oblitérées.

6.° Le sujet sur lequel M. Chaussier trouva l'oblitération des artères cœliaque et mésentérique offrait un autre anévrysme au-dessus du diaphragme. Plusieurs artères intercostales étaient oblitérées.

7.° Dans le fait que j'ai emprunté à Guattani, on voit l'artère épigastrique naître de la face externe d'une tumeur anévrysmale plus volumineuse que le poing. Guattani représente, dans une autre figure, la face interne du sac anévrysmal; on voit l'artère iliaque extérieure s'y ouvrir, mais l'épigastrique n'y a pas d'orifice.

8.° La figure 1.re de la planche 8.e d'Hodgson nous montre un exemple bien remarquable du mode d'oblitération qui nous occupe. Elle représente, comme je l'ai dit, une véritable tumeur anévrysmale, selon Scarpa, une poche latérale qui surmonte la partie gauche de la crosse de l'aorte. L'altération de l'aorte ayant occupé la place où s'insérait l'artère sous-clavière gauche, celle-ci a été entraînée avec la membrane celluleuse qui forme les parois du sac; elle a été transportée sur la tumeur et a subi les conséquences de son déplacement. On voit, en effet, les caillots accumulés dans le sac s'étendre aussi dans l'artère sous-clavière, qu'ils obstruent complètement. L'artère vertébrale, l'artère intercostale supérieure et la mammaire interne sont également imperméables à leur jonction à la sous-clavière. En comparant ce cas à ceux que nous avons observés déjà, nous retrouvons les mêmes conditions anatomiques; c'est toujours un sac placé sur le côté d'une artère; sur ce sac s'implantent les

artères qui, avant la maladie, naissaient du vaisseau principal. Dans tous ces cas, la déposition des caillots dans la tumeur a causé l'obstruction des artères qui en naissaient.

9.° Un cas non moins remarquable a été rencontré par le docteur Makelcan; il est figuré dans l'ouvrage de Wardrop. (*On aneurism*, etc., pl. 2 et 3.) C'est un anévrysme du tronc brachio-céphalique. La tumeur est encore ici latérale, et formée par la membrane celluleuse du tronc innominé; la maladie de l'artère a eu lieu dans la partie d'où se détache l'artère carotide, ensorte que son extrémité inférieure est comprise dans la tumeur. Cela a suffi pour occasionner son occlusion. La matière plastique déposée à la face interne du sac a certainement joué ici le rôle que je lui ai attribué plus haut, comme le démontre le passage suivant, dans lequel l'auteur donne la description de la face interne de la poche anévrysmale: en voici la traduction. « On vit, à la partie inférieure, l'orifice de l'artère innominée; à la partie la plus élevée, et sur le côté, celui de la sous-clavière. La carotide ne pût être découverte intérieurement; mais en passant un stylet de haut en bas dans cette artère, on éprouva une résistance à environ un demi-pouce du point où l'on pouvait s'attendre à voir le vaisseau *s'ouvrir dans le sac;* cette résistance fut surmontée par une pression légère, et l'instrument continua son trajet jusqu'à ce que sa pointe fut aperçue à travers *une membrane demi-transparente qui était étendue sur l'orifice de l'artère, et paraissait continue avec la membrane interne de l'artère innominée. Cette membrane empêchait le passage du stylet dans le sac.* » Ceci rappelle, je pense, les écailles membraniformes qui bouchaient l'orifice de l'artère cœliaque dans le premier fait que j'ai rapporté. Quoique Wardrop cite ce cas comme un exemple d'anévrysme en

voie de guérison, je ne puis y voir qu'une tumeur offrant les conditions que nous avons rencontrées précédemment, c'est-à-dire l'obstruction des artères qui s'y implantent.

10.° Si ce mode d'oblitération ou d'obstruction des vaisseaux qui naissent des tumeurs anévrysmales a pu s'étendre à des artères aussi volumineuses que la cœliaque, la mésentérique supérieure, et même à la sous-clavière gauche, à la carotide droite, n'a-t-on pas droit de conclure qu'on le rencontrera à-peu-près constamment sur les artères de dimensions moindres lorsqu'elles s'implanteront sur un anévrysme? Nous avons déjà vu dans ce cas l'épigastrique, toutes les intercostales. J'ai sous les yeux une figure d'un anévrysme de la poplitée qui occupe tout le jarret; l'artère a complètement disparu dans l'étendue de cinq pouces, ensorte que la tumeur est vraiment interposée aux deux bouts du vaisseau qui s'y ouvre. Les artères articulaires et les jumelles sont nécessairement obstruées ou oblitérées à leur jonction au sac. (*Scriptorum latinorum collectio*, *Icon.* 1. *fig.* 1.)

11.° Dans tous les anévrysmes fusiformes, c'est-à-dire dans tous ceux qui, au lieu de consister en une poche placée sur le côté d'une artère, reçoivent par une de leurs extrémités le bout supérieur du vaisseau et donnent naissance, par l'autre, à la continuation du même vaisseau; dans tous les anévrysmes, dis-je, qu'ils soient formés ou non de la dilatation de toutes les tuniques du vaisseau, si les caillots se déposent sur la face interne du sac de manière à laisser au centre un canal pour le passage du sang, les artères qui naissent de la partie dilatée seront imperméables à leur jonction au sac. Je vais en citer deux cas remarquables, j'emprunterai le premier à Hodgson, j'ai vu le deuxième à la Société anatomique. L'auteur que je viens de citer donne comme un mode particulier de

guérison des anévrysmes, la disposition qu'il a fait représenter, pl. 7, fig. 4. C'est une dilatation fusiforme du haut de la fémorale. Des caillots concentriques tapissent *toute* la partie dilatée, *à laquelle ils adhèrent fortement*, et laissent au centre un canal pour le passage du sang. Il est évident que toutes les branches qui naissent de cé point sont imperméables à leur jonction à la tumeur. Or, celle-ci a environ quatre pouces de longueur, et commence au-dessous de l'épigastrique; ainsi, la tégumenteuse, les deux honteuses externes, et probablement la profonde, étaient oblitérées à leur jonction au sac. Hodgson ne parle pas de l'état de ces artères, parce qu'il considère ce fait sous un autre point de vue; il se borne à dire que la profonde naissait de la partie inférieure de la tumeur. La dilatation, dans le cas que j'ai vu, occupait une bonne partie de l'aorte descendante pectorale; les lames fibrineuses laissaient au centre de l'anévrysme un canal régulier du même diamètre que l'aorte, et qu'on eût dit tapissé d'une membrane continue, en haut et en bas, aux portions saines de l'aorte qui s'ouvraient dans l'anévrysme. Il n'est pas besoin d'ajouter que plusieurs intercostales, œsophagiennes, etc., ne recevaient plus de sang de l'aorte.

Voilà des faits assez nombreux, peut-être, pour me dispenser d'ajouter d'autres preuves de l'imperméabilité des artères qui naissent des tumeurs anévrysmales. Cependant j'y joindrai la considération suivante. Si le sac d'un anévrysme continuait à communiquer avec celles des artères collatérales qui s'en détachent, ces vaisseaux n'auraient pas manqué d'entretenir des hémorrhagies redoutables après l'opération de l'anévrysme, suivant la méthode qui consistait à inciser le sac et à lier l'artère anévrysmatique au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle y versait le sang; or on ne voit pas dans les

observations détaillées des opérations de ce genre, qui ont été pratiquées par M. Boyer, que l'accident dont je parle soit survenu; dans l'observation X.°, où l'opération n'eut pas de succès, on reconnut à l'ouverture du cadavre, que derrière l'articulation du genou, le sac anévrysmal était complettement interposé aux deux bouts du vaisseau, comme dans le cas que j'ai cité d'après la figure de Guattani; les artères articulaires inférieures et même la supérieure externe naissaient donc sur le sac, et cependant il n'y avait eu hémorrhagie, ni pendant ni après l'opération.

Il me paraît évident d'après ce qui précède, que le rétablissement des pulsations dans les tumeurs anévrysmales, après l'opération de Hunter, ne peut être attribué à l'abord direct du sang dans la tumeur, au moyen des collatérales, et que cela est dû exclusivement à la colonne de sang ramenée dans le tronc principal, entre la ligature et la tumeur, ou au-dessous de cette dernière.

On pourra rencontrer quelques cas qui sembleront faire ou feront véritablement exception à la règle que nous avons reconnue, et je dois les signaler ici pour prévenir les objections. 1.° La simple dilatation d'une grosse artère, sans déposition de lames fibrineuses dans la partie dilatée, ne peut entraîner l'obstruction des artères qui en partent; 2.° dans les cas où une poche anévrysmale semble interposée aux deux bouts de l'artère malade, il n'est pas rare de rencontrer sur une partie de la tumeur une bande plus ou moins saine du vaisseau, entre laquelle et les couches fibrineuses existe un canal, pour le passage du sang; si des collatérales naissent de cette partie du vaisseau, il est probable qu'elles resteront perméables. 3.° Il en pourra être de même, lorsqu'une artère *implantée sur le sac* sera très-voisine de l'ouverture de communication d'entre la tumeur et le vaisseau anévrysmatique; on en voit un exemple dans une des figures de la planche sixième d'Hodgson.

L'anévrysme s'élève de l'aorte ; les caillots qui remplissent le sac n'ont pas bouché l'orifice de l'artère innominée, quoique cette artère soit bien évidemment ouverte dans la poche celluleuse qui forme les parois de l'anévrysme. C'est probablement à une des deux dernières dispositions qu'il faut rapporter ce que M. Hodgson a vu sur un anévrysme du jarret : une branche artérielle avait continué, dit-il, de verser du sang dans le sac.

De ce que les artères qui naissent d'une tumeur anévrysmale ont cessé de communiquer avec elle, il ne faut pas conclure que ces artères sont oblitérées dans une grande étendue et perdues pour la circulation ; il n'en est rien ; leurs branches dilatées et anastomosées tant en haut qu'en bas avec les autres collatérales, continuent la chaîne vasculaire qui rétablit la circulation dans le membre après l'opération de Hunter. Ainsi, par le procédé que nous venons d'étudier, la nature favorise la coagulation du sang dans le sac sans perdre le bénéfice des anastomoses.

Voyons si nous ne pourrons pas faire une application de ces notions à l'opération de Brasdor ou de Wardrop, c'est-à-dire, à la ligature des artères entre le sac et le système capillaire, et essayons d'abord de fixer les conditions de réussite de cette opération. Ce préliminaire est d'autant plus important aujourd'hui, que M. Dupuytren, avant de pratiquer l'opération décrite dans le N.° XXXVIII du *Journal hebdomadaire* (année 1829), a remis en question ce qui paraissait hors de toute contestation, pour y substituer une doctrine qui sera loin peut-être de recevoir l'approbation de nos voisins d'outre-mer ; ils n'auront pas lu, sans quelqu'étonnement, l'assertion suivante : « Wardrop, dans son important travail, n'a tiré aucune considération pratique de la disposition anatomique dans laquelle devaient se trouver les parties du système artériel sur lesquelles l'opération devait être

faite. » Wardrop a si peu gardé le silence sur ce point, qu'après y avoir consacré quelques pages, il a voulu ajouter à la clarté de ces propositions par le secours d'une figure où la force du jet de sang artériel dans chaque branche est représentée par des nombres. J'ai pensé que nous devions cette petite réparation à Wardrop, avant que ses compatriotes la réclamassent pour lui. Mais allons au fait. Le mauvais résultat des opérations faites par Deschamps et Cooper avait autant discrédité le projet de Brasdor en Angleterre qu'en France, puisqu'Allan Burns conclut en disant : « qu'elle est absurde en théorie, et que l'expérience prouve qu'elle est funeste en pratique. » Cependant en réfléchissant que dans les deux cas où on l'avait mise en pratique sans succès, il restait entre la ligature et le sac une ou deux artères, et que le sang pour parvenir à ces vaisseaux avait continué à traverser la tumeur ou la portion d'artère qui communiquait avec elle, on imagina que si aucune branche collatérale ne se trouvait comprise entre le sac et la ligature, le sang en arrivant à celle-ci perdrait son mouvement, se coagulerait de proche en proche jusque dans l'anévrysme, et que la guérison pourrait avoir lieu. La théorie indiquait donc, et bientôt la pratique prouva qu'une artère longue et non ramifiée comme la carotide, offrirait toutes les chances possibles de réussite. Cependant nous voyons M. le professeur Dupuytren dire à ses nombreux auditeurs, « que si on ne laisse aucune branche entre la ligature et le sac, *on sera exposé à voir immédiatement après la ligature le sac anévrysmal se laisser distendre par le sang, et se rompre.* » Mais on a traité quatre fois par ce moyen l'anévrysme de la carotide primitive, et quatre fois on a vu, *quelques minutes* après l'opération, la tumeur diminuer, et la peau qui la recouvrait se rider. Dans ces quatre cas l'anévrysme a disparu, et si une des tumeurs s'est ouverte

après l'opération (ce qui n'a pas empêché la guérison), c'est que le travail de la rupture était déjà commencé avant qu'on pratiquât la ligature. M. Dupuytren a ajouté : « Si on laisse des artères volumineuses entre la tumeur et la ligature, la circulation pourra s'y rétablir, et l'opération sera inutile; mais si on ne laisse que des artères de calibre médiocre et en petit nombre, loin de nuire leur présence pourra au contraire être utile, en fournissant une espèce de *diverticulum* au sang, qu'elle empêchera de distendre et rompre le sac anévrysmal, comme il pourrait arriver si ce liquide ne trouvait aucune issue. M. Dupuytren a donné pour preuve de cela la guérison de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique, une fois par la ligature de la sous-clavière seule, et une autre fois par la ligature de la carotide seule. On pourrait faire observer que celle de ces artères qui, d'après cette interprétation, aurait joué le rôle de *diverticulum*, n'est pas d'un calibre *médiocre*. Mais je ne pense pas qu'aucune d'elles ait rempli cette fonction; car si on lit la première de ces observations dans Wardrop, on verra que la carotide primitive ne battait point au moment où il lia la sous-clavière, et que les pulsations de la première de ces artères ne devinrent perceptibles que vers le neuvième jour après l'opération. Quant à l'observation d'Evans, je ne sais pourquoi on lui a donné le titre d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, puisque les symptômes étaient ceux de l'anévrysme de la carotide, et que l'auteur porte lui-même le diagnostic suivant : « et je conclus que l'origine de l'artère carotide était principalement le siège de la maladie. » (*And y concluded that the root of the carotid artery was chiefly the seat of the disease.*) Je n'hésite pas à regarder ce cas comme un cinquième exemple de guérison d'anévrysme de la carotide par l'opération de Wardrop.

J'ai eu pour but, dans cette discussion, d'établir con-

tradictoirement à ce qui a été professé récemment, que la condition la plus favorable à la guérison des anévrysmes par la ligature entre l'anévrysme et le systême capillaire, est celle où aucune branche artérielle ne se trouve entre la tumeur et la ligature, ensorte qu'il y ait là un véritable cul-de-sac. Je ne prétends pas que la présence de quelques branches artérielles entre l'anévrysme et la ligature puisse être regardée comme devant empêcher nécessairement le succès de l'opération (quoique les résultats des opérations de Deschamps et de Cooper semblent le faire craindre). Wardrop est persuadé qu'on pourra réussir encore dans ce cas. Il s'appuie sur la réflexion importante d'Everard Home, qui, ayant remarqué des premiers, que des tumeurs anévrysmales avaient continué à battre après la ligature de l'artère suivant la méthode de Hunter, et n'en avaient pas moins guéri, avance qu'il *suffisait de diminuer l'impulsion du sang dans un anévrysme pour en obtenir la guérison.* En liant le tronc principal, dit Wardrop, on diminue la colonne de sang qui traverse l'anévrysme ou l'artère qui communique avec lui, puisqu'il n'en passe plus que la quantité qui se porte aux branches laissées entre le sac et la ligature, et on réalise presque la condition des tumeurs qui continuent à battre après l'opération de Hunter.

En regardant néanmoins comme démontré ce que la théorie et l'expérience enseignent, savoir : qu'il est préférable, dans l'opération de Brasdor, de ne laisser aucune branche entre le sac et la ligature, et en ne considérant cette opération que comme un moyen extrême applicable seulement aux cas où il est impossible de jeter la ligature entre le cœur et l'anévrysme, les occasions de l'employer avec toutes les chances de succès qu'elle peut réunir, paraîtront, au premier abord, extrêmement bornées. Nous ne voyons guères que la carotide primitive et l'artère iliaque

externe qui présentent ces chances, en supposant pour cette dernière que la tumeur permette de placer la ligature au-dessus des artères épigastrique et iliaque antérieure. Mais si on se rappelle les faits nombreux qui dans ce mémoire prouvent l'état d'imperméabilité des artères qui sont transportées sur les tumeurs anévrysmales, il ne paraîtra pas invraisemblable que les progrès de l'altération d'un vaisseau anévrysmatique, en s'étendant au contour de l'orifice des principales artères qui s'en détachent et en causant leur occlusion par le mécanisme que nous avons exposé précédemment, fassent disparaître ainsi l'obstacle que ces artères auraient opposé à la guérison de l'anévrysme par l'opération de Brasdor. Les faits suivans rendront ceci plus clair. Je citerai d'abord les principales circonstances de l'anévrysme observé et opéré à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren. Cet examen offre d'autant plus d'intérêt qu'il n'a point été fait sous le point de vue que je présente ici. J'ai vu le malade, j'ai assisté à l'opération, j'ai tenu dans mes mains et examiné à loisir la pièce pathologique qui avait été présentée à la Société anatomique. A en juger par son siége, la tumeur paraissait provenir de la sous-clavière droite ; il fallait opter entre la ligature du tronc brachio-céphalique et l'opération de Brasdor; on se décida pour cette dernière. Vu l'étendue de la tumeur, on opéra au-dessous de la clavicule. En quoi cette opération paraissait-elle différer, quant aux chances de succès, de celles pratiquées sur la carotide primitive ? en ce que dans ce dernier cas, il n'y a aucune branche artérielle entre le sac et la ligature, tandis qu'on pouvait craindre pour un anévrysme de la sous-clavière le voisinage de la vertébrale, la thyroïdienne inférieure, la mammaire interne, etc. Mais les artères naissent dans une partie très-circonscrite de la sous-clavière, et si c'était là que s'était formée la poche anévrysmale, on pouvait espérer

qu'elles seraient imperméables dans ce lieu ; alors se seraient trouvées réalisées les conditions favorables qui ont amené le succès des opérations pratiquées sur la carotide. Peu nous importe ici la cause de la mort du malade qui survint le huitième jour, il suffira de connaître : 1.° que la tumeur avait diminué, 2.° qu'au moment de se plonger dans l'intervalle des scalènes et au-delà, la sous-clavière et le commencement de l'axillaire avaient été remplacées par une poche irrégulière, à la face interne de laquelle on ne voyait plus les orifices des branches qu'elle fournit, au moins n'ai-je rien découvert qui y ressemblât, et j'ai examiné la pièce avec beaucoup de soin.

Cette observation nous montre le parti qu'on pourra tirer de la connaissance de l'imperméabilité des artères qui naissent des anévrymes, pour étendre l'opération de Brasdor à des cas qui, au premier abord, ne lui paraîtraient pas favorables. Ainsi l'oblitération de l'épigastrique et de l'iliaque antérieure, lorsqu'elle surviendra dans les anévrysmes de l'artère iliaque, comme dans le cas publié par Guattani, permettra de renouveller l'opération pratiquée par Cooper, avec quelque espoir de réussite. Ainsi, l'oblitération spontanée de l'artère carotide primitive, dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, comme dans le cas disséqué par le docteur Makelcan (1), nous engagera à lier l'artère sous-clavière, à l'exemple de Wardrop. Il reste à la vérité dans ce cas, entre le sac et les ligatures, toutes les branches fournies par la sous-clavière, mais ce n'est pas une contre-indication, puisque Wardrop a réussi dans ce cas. Peut-être ces artères étaient-elles oblitérées par la pression que la tumeur avait

(1) Rien n'est plus facile que de reconnaître si l'artère carotide primitive livre ou non passage au sang ; il snffit d'explorer son trajet et celui de ses divisions.

exercée sur elles. Je ferai remarquer ici que l'oblitération des artères voisines des anévrysmes, par suite de la compression que la tumeur leur fait éprouver, phénomène bien connu, mais bien différent de celui qui fait en partie le sujet de ce Mémoire, concourt avec lui à augmenter les chances de succès de l'opération de Brasdor. Un anévrysme de l'artère iliaque primitive occupant le voisinage de l'hypogastrique, pourrait encore être traité par la ligature de l'iliaque externe au-dessus de l'épigastrique, car l'extension de la lésion organique jusqu'à l'embouchure de l'hypogastrique, aura pu causer aussi facilement leur occlusion, que la maladie du tronc innominé celle de la carotide primitive. Il y aurait encore quelque application à faire, mais c'est assez d'avoir cherché à établir le fait d'anatomie pathologique qui doit être pris en considération dans l'emploi de la ligature entre le sac et les capillaires.

Quant à la convenance de la ligature successive de la carotide et de la sous-clavière pour la guérison des anévrysmes du tronc innominé, l'expérience n'a point encore prononcé; c'est elle aussi qui nous apprendra si, comme le suppose Wardrop, l'opération de Brasdor doit être préférée à celle de Hunter, lorsque, la situation de l'anévrysme permettant de choisir entre l'une et l'autre, la tumeur est si volumineuse qu'elle menace de se rompre prochainement. Wardrop attribue à sa méthode l'avantage de déterminer plus sûrement et plus promptement que celle de Hunter la diminution de la tumeur. Il dit aussi, et cette proposition me paraît fondée, que le danger de l'hémorrhagie, par le fait même de la ligature, est moindre lorsque la colonne de sang n'y parvient qu'affaiblie déjà par l'obstacle que lui a opposé la tumeur anévrysmale. Si quelque jour on établit un parallèle entre l'opération de Brasdor et la méthode de Hunter,

on commencera probablement par comparer la ligature de l'iliaque externe avec celle de la fémorale, pour les anévrysmes inguinaux, tandis que pour les anévrysmes de la fin de la sous-clavière ou du commencement de l'axillaire, on opposera la ligature du tronc brachio-céphalique à celle de l'axillaire. Déjà quelques élémens de ce parallèle existent, puisque toutes ces opérations ont été faites, et dans les circonstances que j'indique.

De la diphthérite cutanée; par M. Trousseau, *D. M. P., agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.*

M. Bretonneau, dans son traité de la diphthérite, a clairement établi, que le siége le plus commun de cette phlegmasie spéciale était l'arrière-bouche et le larynx. Il a montré comment elle envahissait souvent les fosses nasales; il a fait voir que la maladie connue des anciens sous le nom de gangrène scorbutique n'était pas plus une gangrène que l'angine dite gangréneuse, et que ces deux affections n'étaient autre chose que la phlegmasie pelliculaire, modifiée ou par le siége qu'elle occupait ou par sa durée. Cependant des faits assez nombreux l'avaient encore convaincu que l'inflammation spéciale qu'il avait appelée diphthérite, pouvait occuper non-seulement le pharynx, les canaux aérifères, les fosses nasales et la bouche; mais encore les tégumens eux-mêmes, et toutes les membranes muqueuses des organes de la génération. Cette vérité, déjà entrevue par quelques écrivains modernes, démontrée par M. Bretonneau, recevra une autorité nouvelle des faits nombreux que nous avons recueillis en Sologne, M. le docteur Ramon et moi, pendant l'été de l'année 1828.

Nous fûmes informés dans les premiers jours de septembre 1828, que l'angine maligne venait de se montrer

à Nouan le Fuselier, département de Loir et Cher, village situé sur la route d'Orléans à Bourges, et qu'il y avait eu déjà plusieurs victimes. Nous nous y transportâmes; et M. Leménager, médecin qui habite ce bourg, eut la bonté de nous accompagner chez les malades. Nous commençâmes par la maison d'une femme nommée Joséphine Pressoir. Elle était située à l'extrémité nord de Nouan, et jusqu'ici il n'y avait eu de malades que dans la partie Sud, dans un hameau un peu séparé du bourg que l'on appelait *les Rois*. La fille de Joséphine Pressoir, âgée de 6 ans, avait eu, nous dit la mère, quelques communications avec une famille infectée du hameau des Rois, et, peu après elle avait été atteinte de la diphthérite pharyngienne. Lorsque nous la vîmes, le 13 septembre, elle était au huitième jour de sa maladie; M. Leménager avait appliqué des sangsues au col, avait touché trois fois l'arrière-bouche avec une solution de nitrate d'argent, et fait plusieurs insufflations d'alun. En outre, la crainte d'une affection gangréneuse avait engagé ce médecin à faire dans la gorge des injections avec une décoction de quinquina camphrée, et à prescrire des gargarismes avec l'alun et le quinquina. Au cinquième jour de la maladie on appliqua un vésicatoire à la nuque; il survint une abondante suppuration, et la surface excoriée se recouvrit de fausses membranes, ainsi qu'une ulcération que cette jeune fille portait depuis longtemps au pied.

Je vais décrire l'état dans lequel nous avons trouvé le dos de l'enfant, le 13 septembre, 9.me jour de la maladie.

Le vésicatoire qui n'avait, dans le principe, que trois pouces de largeur, en a maintenant plus de six; il est horriblement douloureux et fournit une suppuration excessive; il s'étend sur le dos en faisant des jetées irrégulières semblables à des fiches de trictrac, et il est entouré d'une

large auréole érysipélateuse, beaucoup plus prononcée en bas qu'en haut et sur les côtés. La partie actuellement dénudée d'épiderme paraît déprimée, et l'est réellement eu égard à la tuméfaction environnante. Elle est recouverte de couches fibrineuses superposées, d'un blanc jaunâtre, qui, plus épaisses au centre, vont en s'amincissant vers la circonférence. Au milieu, leur épaisseur est de deux, trois et jusqu'à quatre lignes, et elles ressemblent exactement aux concrétions pleurétiques sèches, que l'on trouve dans la cavité de la poitrine, lorsque la résolution a déjà commencé et que la partie séreuse qui s'était épanchée s'est presque entièrement résorbée. Nous soulevâmes quelques-unes de ces concrétions avec une feuille de métal très-mince, et nous vîmes qu'elles adhéraient assez fortement au tissu de la peau et qu'elles ne s'enlevaient qu'avec une certaine difficulté (1).

L'érysipèle environnant avait un aspect singulier. La rougeur était d'autant plus vive que l'on était plus près des parties excoriées. L'épiderme, dans une multitude de points, était soulevé par de petites masses de sérosité lactescente; de sorte que la peau était couverte de vésicules, confluentes au voisinage de la plaie, et de moins en moins nombreuses à mesure que l'on se rapprochait des tégumens encore sains. Parmi les vésicules, il y en avait qui semblaient avoir été formées de la réunion de plusieurs; d'autres, qui simples ou réunies, s'étaient crevées; et à leur place, se voyait le derme recouvert d'une couenne blanche; ces ulcérations se réunissaient à d'autres petites, puis venaient aboutir à la principale, et c'est ainsi que le mal gagnait de proche en proche.

Ajoutons, comme particularité notable, que, du côté

(1) Nous devons faire observer que le vésicatoire avait été toujours pansé avec du beurre seulement.

de la tête et des épaules, l'érysipèle s'étendait à peine; et que, dans ces points on ne voyait aussi que fort peu de vésicules.

Cependant, la mère de cette enfant, Joséphine Pressoir, étant aux champs, le 30 août 1828, c'est-à-dire, cinq jours avant que sa fille ne tombât malade, avait, à la suite de ce qu'elle appelait *un coup de froid*, été saisie d'une vive douleur dans l'un des seins. Bientôt survint une inflammation du tissu cellulaire de la mammelle, et il se forma un abcès. Le pus vint faire saillie, et, au sommet de la tumeur, la peau fut frappée de mortification dans une étendue d'environ trois lignes, et le 12 septembre, l'abcès s'ouvrit spontanément. Nous vîmes la malade le lendemain, et déjà la plaie était entourée d'un cercle érysipélateux, et les bords de l'incision recouverts d'une fausse membrane qui s'étendait sur les tégumens dans l'espace de deux ou trois lignes. La fille Pressoir était alors au huitième jour de la diphthérite, et elle n'avait cessé de coucher avec sa mère, pendant tout le temps de sa maladie.

A la Blettière, ferme située dans la commune de Marcilly en Villette, département de Loiret, cinq personnes meurent de la diphthérite pharyngo-thachéale; Huré Pierre Auguste, âgé de 10 ans, couche dans la même chambre, dans le même lit que ceux qui avaient succombé : bientôt une inflammation légère qu'il avait derrière les oreilles s'exaspère, la peau se recouvre de fausses membranes, la phlegmasie pelliculaire s'étend à tout le dos, et il meurt en peu de jours épuisé par d'atroces douleurs et par une suppuration excessivement abondante. M. Regnaud, médecin à la Ferté-Saint-Aubin, a vu un autre malade de Marcilly périr exactement de la même manière, à la suite d'une diphthérite cutanée, qui d'abord s'était emparée de quelques ulcérations faveuses du cuir chevelu, et delà s'était étendue au col, au dos jusqu'aux

lombes. Il nous a communiqué encore l'histoire d'un homme de Marcilly, chez qui la diphthérite avait envahi la peau du scrotum préalablement excoriée.

Au Grand-Pied-Blain, métairie située dans la commune de Tremblevif, et à un petit quart de lieue, Sud Est, de la Ferté-Beauharnais, 12 personnes sont atteintes de l'angine maligne et dix succombent; la mère de trois des enfans qui venaient de mourir, s'applique à la nuque un *vésicatoire de précaution*, pensant par là prévenir la maladie; mais en peu de jours, la surface du vésicatoire, les parties environnantes, s'enflamment d'une manière horrible, et cette malheureuse femme ne tarde pas à périr. On nous a dit que la peau du cou avait été frappée de gangrène.

La même chose s'observe dans la famille de Bouzy, au hameau des Rois, près Nouan-le-Fuselier. Déjà il y avait eu des malades dans la plupart des maisons du hameau : et une petite fille était morte dans une chambre immédiatement voisine de celle de Bouzy. Un jeune garçon, nommé Cauqui, et âgé de 19 ans, couchait dans la pièce que Bouzy, sa femme et son enfant occupaient; il contracte l'angine maligne, et, aussitôt, Bouzy épouvanté applique un vésicatoire aux deux bras de son enfant *pour tirer l'humeur;* presque aussitôt les vésicatoires se recouvrent de fausses membranes, la peau s'enflamme tout autour; et le quatrième jour, époque à laquelle nous vîmes cet enfant, le nez était obstrué par des concrétions pelliculaires; il s'en écoulait une sérosité extrêmement fétide, et déjà le pharynx commençait à être envahi par la diphthérite.

A Saint-Loup, département de Loir-et-Cher, 21 personnes avaient été atteintes de la diphthérite, 19 étaient mortes; le nommé Blaise, adjoint du maire, et sa femme, venaient de voir mourir leurs deux enfans; eux-mêmes

avaient l'angine maligne au moment où nous fûmes conduits chez eux par M. Macaire, médecin à Mennetou. Déjà le mari allait mieux, grâce à la médication topique, et sa femme, dont le larynx avait été envahi par la fausse membrane, commençait à inspirer de moindres inquiétudes; mais on lui avait mis un vésicatoire au bras gauche, et le bras était maintenant dans un état vraiment affreux. La surface du vésicatoire s'était singulièrement élargie, elle paraissait profondément enfoncée, et était recouverte d'une concrétion pelliculaire d'un gris noirâtre; il en ruisselait une sérosité limpide et très-fétide; le bras tout entier, l'avant-bras et la main, étaient gonflés et d'un rose luisant. Il était impossible de ne pas croire que la surface du vésicatoire était frappée de mortification; cependant, en piquant avec une épingle, nous nous aperçûmes qu'au-dessous de la fausse-membrane la sensibilité était très-vive.

Nous saupoudrâmes la plaie avec du calomel préparé à la vapeur, et dès le lendemain les douleurs et la tuméfaction étaient presque entièrement dissipées; on insista sur la même médication, et, trois jours après le début du traitement, la plaie était entièrement détergée; il y avait une suppuration louable; les fausses membranes avaient entièrement disparu, il ne restait plus qu'une petite escarrhe gangréneuse qui se détacha au bout de douze ou quinze jours.

Un enfant venait de mourir de la diphthérite trachéale, dans une ferme du département de l'Indre; M. Bonsergent, appelé trop tard, ne put lui donner de secours efficaces, mais il fit appliquer quelques sangsues sur le ventre de la mère, qui se plaignait de douleurs abdominales; les piqûres ne tardèrent pas à s'enflammer, la peau devint érysipélateuse, et bientôt, dès que l'épiderme se fut détaché, elle se recouvrit de fausses membranes tellement fétides qu'elles simulaient la gangrène.

François Minière, âgé de 45 ans, cantonnier de la commune de Chaumont-sur-Tharonne, département de Loir et-Cher, a deux enfans affectés de mal de gorge épidémique. L'un succombe, l'autre est guéri par la médication topique. Sur ces entrefaites, le père lui-même, qui avait une excoriation légère à la partie interne de l'articulation tarso-phalangienne d'un des gros orteils, éprouve bientôt une vive douleur dans cette partie. La peau devient érysipélateuse, se dépouille de son épiderme, et quelques jours après existait un ulcère sordide, à bords inégaux et épais, et entouré d'une tuméfaction considérable : la surface de la plaie était recouverte d'une fausse membrane grisâtre qu'on pouvait enlever assez facilement; les ganglions de l'aine et ceux de la partie interne de la jambe étaient considérablement tuméfiés. Nous saupoudrâmes la plaie avec environ six grains de calomel, et, trente-six heures après, la surface de l'ulcère était diminuée d'un quart, la douleur était moins vive, la tuméfaction avait disparu, il n'y avait plus de fausse membrane. Nous réitérâmes notre médication, et nous laissâmes du calomel au malade; mais il perdit ce médicament, et la plaie qui, en peu de temps, avait été réduite à très-peu de chose, resta ensuite long-temps stationnaire.

Un jeune garçon de Marcilly en Villette, nommé Maître (Denis Lubin), a gardé, ainsi que sa mère, la diphthérite gencivale (gangrène scorbutique des gencives des anciens auteurs) pendant quelque temps; il finit par succomber le 19 janvier 1828, à la diphthérite qui envahit à la fois et la gorge et le cuir-chevelu. Cet enfant avait la teigne. Son frère, âgé de 13 ans, vacher au Colombier, commune de Ménestreau, vient à Marcilly au moment où son frère et sa sœur étaient malades, et, peu après son retour au Colombier, les ulcérations qu'il avait à la tête devinrent horriblement douloureuses, et laissèrent ruisseler une grande quantité de sérosité fétide. Nous

tenons ces détails de ce jeune garçon lui-même, et de M.me Briolet du Cyran, qui lui donna des soins et le guérit.

Comme le jeune *Maître* fut, selon nous, l'occasion d'une épidémie d'autant plus intéressante à observer qu'elle fut plus circonscrite, nous allons insister avec quelque soin sur des détails d'une haute importance.

Le château de Louan, qui appartient à M. Briolet du Cyran, est situé sur un côteau qui domine une vallée, que M. du Cyran a embellie de magnifiques plantations : le château est entouré de fossés d'eau vive. A cent pas environ, au sud-ouest, sont situées deux des fermes bâties sur le plateau, le Colombier et la Grange. A cinq ou six cents pas du château, sud-est, est une autre ferme nommée Bouchebrant, située dans un petit vallon qui court du sud au nord. Le château de Louan, Bouchebrant et le Colombier sont seuls indiqués sur la carte de Cassini. La Grange, bâtie plus nouvellement, ne s'y trouve pas. Ces quatre habitations sont éloignées des bourgs de Ménestreau, de Saint-Cyr et de Marcilly, et sont à de grandes distances des fermes environnantes; elles sont donc, par leur position, tout-à-fait isolées.

M. du Cyran, sa femme, deux enfans et deux domestiques habitent Louan : le Colombier était occupé par Boulinette, sa femme, deux enfans et un petit vacher, savoir, le jeune Maître, dont il vient d'être question. Derland, sa femme et deux enfans occupaient la Grange. A Bouchebrant étaient le fermier, oncle de Boulinette du Colombier, dont nous ne retrouvons pas le nom dans nos notes; sa femme, cinq enfans, une bergère et un charretier.

Nous venons de voir le jeune *Maître* aller à Marcilly en Villette, bourg situé à une lieue de Louan, où régnait l'angine maligne depuis plus d'un an; il y reste pendant que sa mère et son frère étaient malades; de retour au

Colombier, nous voyons des ulcérations faveuses qu'il portait à la tête prendre tout-à-coup un caractère de gravité insolite, et bientôt Pauline et Laurent Boulinette, qui couchaient dans le même lit que lui, tombent malades. Le petit Laurent, âgé de quatre ans, meurt le premier avec les symptômes du croup; sa sœur, âgée de sept ans, meurt suffoquée le lendemain, 20 février 1828. Déjà, depuis quelques jours, cette jeune fille avait le derrière des oreilles, le cuir chevelu et une partie de la peau de la nuque enflammés, et laissant suinter une très-grande quantité de sérosité extrêmement fétide. Depuis cette époque, leur mère a le corps parsemé d'ulcérations croûteuses; nous avons encore vu ces ulcérations au mois d'août; elles commencent par une pustule assez analogue à celle de la vaccine, si ce n'est qu'elle est pointue et non applatie. L'épiderme se rompt, et laisse à sa place un petit ulcère qui grandit avec rapidité, laisse écouler beaucoup de pus, et ne se cicatrise que fort difficilement.

Cependant, les Derland, qui habitaient la Grange séparée seulement du Colombier par une cour, venaient sans cesse chez leurs voisins : la femme Derland pour apporter des secours et des consolations, ses deux enfans, autant pour ne pas quitter leur mère que par l'habitude qu'ils avaient de jouer avec les petits Boulinette. Pierre et Laurent Derland, âgés, l'un de quatre ans, l'autre de dix-huit mois, périrent suffoqués à leur tour peu de jours après leurs camarades. Ce qui frappa le plus les parens, ce fut l'occlusion des fosses nasales, la tuméfaction de la face et l'inflammation des tégumens du crâne.

Cette occlusion des fosses nasales est assez commune, surtout chez les enfans, qui portent sans cesse à leur nez leurs mains imprégnées du virus qui découle des ulcérations diphthéritiques de la peau. Nous l'avons observée

plusieurs fois, et notamment à Nouan-le-Fuselier, hameau des Bois, comme il a été dit plus haut, chez un petit enfant à qui l'on avait appliqué deux vésicatoires de précaution, qui s'étaient promptement revêtus de couennes diphthéritiques. Revenons à la famille Boulinette.

Nous avons dit que Pauline Boulinette avait eu pendant quelques jours des ulcérations diphthéritiques à la tête, avant d'être atteinte de l'angine couenneuse; elle était déjà fort malade quand elle fut conduite par sa mère chez le fermier de Bouchebrent, son grand oncle : là, elle passe quelque temps avec ses parens, jouant avec les enfans autant que la souffrance pouvait le lui permettre. Revenue le soir au Colombier, elle ne tarda pas à succomber. Peu de jours après, quelques-uns des enfans de Bouchebrant prennent mal à la tête, une petite fille entre autres, qui avait le derrière des oreilles *échauffé*, éprouva bientôt de vives douleurs dans cette partie, et l'inflammation gagnant rapidement, la peau s'excoria jusqu'au niveau du larynx. Dans l'espace de deux mois, la mère et cinq enfans meurent de l'angine maligne. Le fermier lui-même et sa bergère sont atteints en même temps d'un mal de gorge; mais cet homme nous a dit qu'il n'avait conçu aucune inquiétude, *parce que s'étant regardé lui-même à l'aide d'un miroir, et ayant examiné la gorge de sa bergère, il n'y avait pas vu des peaux blanches comme chez sa femme et ses enfans.* Depuis ce temps, la bergère et un jeune charretier ont sur plusieurs points du corps des ulcérations qui se guérissent très-difficilement, et qui se renouvellent sans cesse : nous avons pu voir, chez le charretier, une de ces ulcérations encore récentes. Elle est creusée à pic, et remplie d'une fausse membrane blanche à sa circonférence, est grisâtre au centre; cette concrétion se détache aisément sur les bords. Tout autour la peau est rouge et douloureuse.

Tous les faits relatifs à cette épidémie de Louan manquent de détails suffisans pour indiquer les caractères anatomiques des maladies de la peau observées en même temps que les angines malignes; mais aucun médecin n'ayant été appelé, nous nous en sommes tenus aux descriptions imparfaites que nous en ont données les parens et M.me Briolet du Cyran, qui a soigné la plupart des malades.

A Paulmery, près Selles, une jeune fille contracte la diphthérite; elle revient aux Barres (Indre), ferme située à une lieu de Paulmery, chez ses parens; bientôt elle meurt, ainsi que ses deux frères; et la mère, qui les soignait, est prise d'une diphthérite qui occupait le côté du col et toute la partie droite de la face. Cette femme ne mourut pas, mais elle fut long-temps à guérir, et éprouva de vives souffrances. Lorsque nous la vîmes au mois d'août 1828, elle n'était pas encore rétablie.

A Gracay (Indre), un petit enfant, qui tétait encore, contracte l'angine diphthéritique qui régnait épidémiquement. Sa mère continue de l'allaiter jusqu'à sa mort; et le mamelon ne tarde pas à être envahi par l'inflammation spéciale, et se recouvre de fausses membranes, dont une médication convenable arrête l'extension.

A Montévrant, ferme située à une lieue et demie du bourg de Chaumont-sur-Tharonne (Loir et Cher), plusieurs personnes meurent de l'angine maligne. Julie Thomas, fille du garde de Chaumont, qui était domestique à Montévrant, ressent à son tour les premières atteintes de l'angine diphthéritique; épouvantée, elle accourt chez son père, qui demeurait dans le bourg même de Chaumont, et meurt peu de jours après son arrivée. Elle couchait avec sa mère, âgée de 40 ans, et avec sa jeune sœur Marguerite. Trois jours après sa mort, sa mère éprouve des douleurs horribles à la vulve et dans le bas-

[illegible]

nous [illegible]

moins encore [illegible]

par d'une [illegible]

est [illegible]

ment sur les bords [illegible]

douloureuse.

de la Flèche, a, dès les premiers jours, offert les symptômes les plus graves de l'angine maligne; le mal, après avoir fait de grands progrès sur les tonsilles, s'est montré à la partie externe du rectum. L'anus, excessivement tuméfié, douloureux et d'un rouge livide, s'est couvert de pellicules diphthéritiques qui ne se sont détachées que par parties et fort lentement. Après avoir offert pendant plusieurs jours une amélioration assez sensible, elle est tombée dans un état d'adynamie extrême, éprouvant à chaque instant de longues défaillances, et elle est morte le dix-septième jour.

Tout le monde connaît l'histoire de M. le docteur Bourgeoise, qui, lui-même, a éprouvé des accidens absolument semblables, et qui ne s'est guéri qu'avec beaucoup de peine.

La famille Gabereau, de la Ferté St.-Aubin (département du Loiret), se composait de sept personnes. La femme Gabereau; une fille aînée, Sylvine, âgée de 9 ans; Louis Sylvain, âgé de 7 ans; Marie, âgée de 5 ans; et Pierre Sylvain, âgé de 2 ans et demi. Une domestique de 20 ans, nommée Agathe, qui avait une fille naturelle du même nom âgée de 14 mois.

La petite Marie meurt de la diphthérite pharyngo-trachéale, au commencement de l'épidémie de St.-Aubin, le 18 décembre 1827. La mère et les deux plus âgés de ses enfans ont, depuis cette époque, des maux, selon leur expression, qui ne guérissent sur un point de la peau que pour se remontrer sur un autre. Pierre Sylvain avait autour des lèvres des ulcérations rébelles; Sylvine, sa sœur, en avait entre les orteils et au menton; celles du menton se recouvraient de peaux blanches, nous dit-on.

Louis Sylvain, l'aîné des garçons, s'amusait à traîner dans une brouette son petit frère Pierre. La partie de la cuisse de l'enfant qui appuyait sur le rebord de la brouette

s'excoria légèrement, et en peu de jours il survint une plaie large et douloureuse, dont la gravité était peu proportionnée à la cause légère qui l'avait produite. Sur ces entrefaites, Louis Sylvain meurt du croup le 4 août 1828; sept jours après, Pierre Sylvain meurt à son tour.

Cependant, la petite Agathe, lorsque sa mère allait en journée, était confiée aux soins de la femme Gabereau et de sa fille aînée, Sylvine; sans cesse elle jouait avec les enfans Gabereau, car elle restait dans la même chambre qu'eux. Le 4 août, jour de la mort de Louis Sylvain, on s'aperçut que les parties naturelles étaient malades; on la montra sur le champ à M. Régnaud, medecin de la Ferté St.-Aubin. « Je vis, nous a-t-il dit, des couennes blanches sur la membrane muqueuse de la vulve et sur la peau du pli des cuisses, qui était excoriée; et j'avoue que je crus d'abord à l'existence de la syphilis; et sachant que l'enfant n'était pas né d'un mariage légitime, je fus encore confirmé dans cette idée. Cette considération fit que j'engageai Agathe à aller à Orléans avec sa fille, et à entrer à l'Hôtel-Dieu de cette ville. »

Or, nous avons pris, de concert avec M. Régnaud, des informations aussi exactes que possible sur Agathe la mère, et nous nous sommes convaincus qu'elle n'avait pas de syphilis. Depuis quatorze mois d'ailleurs que la petite était née, elle et sa mère avaient joui d'une parfaite santé. Et depuis une première faute qu'elle avait commise par faiblesse, et avec l'espoir de contracter un mariage avantageux, Agathe avait mené la conduite la plus irréprochable.

La mère et l'enfant vinrent donc à l'Hôtel-Dieu d'Orléans; M. Duverney, chirurgien de cet établissement, examina la petite, et frappé de l'aspect singulier des parties extérieures de la génération, ne connaissant pas d'ailleurs les antécédens, il déclara qu'il ne voyait là rien de

syphilitique; et il le dit contre l'opinion des élèves de l'hôpital qui l'entouraient, et qui examinaient la malade avec lui. Toutefois, le cas lui semblant embarrassant, il remit au lendemain pour se prononcer définitivement; au second examen, il ne reconnut point encore les caractères de la syphilis, et déclara que si c'était une vérole, il ne l'avait jamais vue sous cette forme.

Nous insistons avec quelque détail sur les incertitudes d'un chirurgien aussi expérimenté, pour montrer que cette inflammation de la vulve et de la peau du pli des cuisses avait un aspect insolite. M. Duverney, qui nous a lui-même conté le fait, se rappelait fort bien que l'existence des fausses membranes était ce qui l'empêchait le plus de croire à la vérole; et maintenant que son attention est éveillée sur ce point, il reconnaît que l'état de la vulve de cette petite fille était semblable à celui de la membrane muqueuse du pharynx chez les enfans atteints de l'angine diphthéritique.

Quoi qu'il en soit, Agathe resta deux jours à l'hôpital, et revint à Saint-Aubin. Sa fille succombe aux progrès du mal le 19 août, quatorze jours après l'invasion.

Corollaires. — Ces faits établis, il faut essayer de démontrer que les affections de la peau et du tissu muqueux, dont il vient d'être question, sont d'une nature identique à celles qui avaient leur siége sur la membrane muqueuse du larynx et de l'arrière-bouche. Examinons d'abord les faits les plus simples.

Une jeune fille est atteinte de la diphthérite pharyngienne (§. II.); on applique un vésicatoire, et, dès le lendemain, la surface excoriée se recouvre de fausses membranes, dont l'épaisseur devient bientôt très-considérable, et qui s'étendent avec rapidité en s'accompagnant d'affreuses douleurs et d'une suppuration fort abondante. Est-ce là la marche ordinaire d'un vésicatoire? Non, certes. Si la

surface d'une plaie excitée par les cantharides se recouvre de fausses membranes, c'est lorsque l'action de l'irritamentum a été long-temps et surtout énergiquement continuée; mais, dans ce cas même, on ne voit pas la phlegmasie s'étendre de proche en proche, et envahir avec rapidité les parties qui n'ont point été en contact avec les cantharides. Si, pourtant ce fait était isolé, nous craindrions d'en rien conclure; mais il se répète dans toutes les localités, dans toutes les épidémies que nous observons; à Chaumont sur Tharonne, à Saint-Loup, à Tremblevif, à Graçay; et de plus tous les médecins font la même remarque à Rebrechein, à Loury, à Marigny, à Orléans, à Saint-Cyr, à Cléry. M. Bretonneau l'avait déjà indiqué d'une manière expresse, dans plusieurs mémoires manuscrits dont il m'a permis de prendre communication. On en arrive donc à ce résultat d'expérience : que lorsque l'angine maligne existe chez un individu, l'application des vésicatoires est souvent suivie des résultats les plus funestes; que la peau s'enflamme, se recouvre de concrétions pelliculaires, se gangrène. Or, dans ces mêmes communes, dans ces mêmes maisons, où l'irritation produite sur la peau par les cantharides, est maintenant si dangereuse, on appliquait naguère des vésicatoires sans le moindre inconvénient; et toujours on pouvait aisément calculer les effets locaux de cette médication.

A quoi tient donc la différence que l'on observe aujourd'hui? à la différence du médicament : certes, personne ne sera tenté de le croire. A la différence de la constitution atmosphérique? mais si c'était là la véritable cause, pourquoi deux villages voisins, deux maisons contiguës présentent-elles des phénomènes si différens. Car tandis que chez Joséphine Pressoir, dont la maison est située à l'extrémité nord de Nouan le Fuselier, l'application d'un vesicatoire est suivie d'accidens semblables à ceux qu'on

observe aux Rois, situés à l'extrémité sud; pourquoi ne voit-on rien de semblable dans les maisons intermédiaires? pourquoi, lorsque ces accidens sont si communs dans le village de Marcilly, ne les voit-on pas à Menestreau? Or, les causes atmosphériques sont les mêmes, les médicamens sont les mêmes, le médecin est le même, et pourtant il y a des effets différens. Cela ne tient donc ni au médecin, ni au médicament, ni aux circonstances atmosphériques; cherchons donc la cause absente chez ceux qui n'éprouvent aucun phénomène extraordinaire; présente au contraire au milieu de ceux qui sont frappés tout-à-coup d'une calamité insolite. Cette cause est nécessairement la diphthérite pharyngienne; puisque la diphthérite pharyngienne est la seule circonstance particulière qui puisse être reconnue chez ceux dont les vésicatoires présentent aussi des phénomènes particuliers. Cela devient bien plus évident encore lorsque l'on voit la maladie de la peau offrir des caractères anatomiques, une marche, une tendance à s'étendre de proche en proche, tout-à-fait analogue à ce qui s'observe pour la phlegmasie de l'arrière-bouche. Et en effet, de même l'inflammation diphthéritique de la gorge envahit d'abord les deux amygdales, puis le pharynx, puis, enfin, le larynx et les divisions bronchiques; de même la phlegmasie née chez le même malade sous l'influence d'un vésicatoire, gagne rapidement le dos, les épaules, et devient une prompte cause de mort, si l'on n'y remédie avant que la douleur ou l'abondance de la suppuration n'aient épuisé la vie, avant que le tissu cutané n'ait été frappé de mort.

Mais on conçoit pourtant que l'action des cantharides puisse, dans quelques circonstances, déterminer de graves accidens; et quoiqu'il ne nous semble pas raisonnable d'attribuer à cette cause les effets que nous avons signalés, nous pensons néanmoins qu'il peut rester encore des dou-

tes dans l'esprit de quelques médecins; c'est pour les lever que nous allons examiner ces faits sous un autre point de vue.

Il arrive très-fréquemment que ceux qui s'occupent des travaux agricoles, se fassent de légères blessures, telles que des coupures, des piqûres, des écorchures; les ulcères sont communs chez les paysans; la teigne est une maladie très-commune aussi, et ces gens grossiers qui regardent cette maladie dégoûtante comme un moyen d'épuration, font leurs efforts pour entretenir ce qu'ils appellent les gourmes de leurs enfans, ou du moins ils ne font rien pour en amener la guérison. Pour parler d'affections plus simples, il est rare que les enfans n'aient pas quelquefois des excoriations derrière les oreilles, au pli des cuisses, etc. etc.

Toutes ces affections sont si peu graves qu'elles n'attirent jamais l'attention des paysans; et l'on conviendra sans peine que l'on peut exercer long-temps dans la campagne, sans voir une seule fois la mort en être l'effet immédiat. Or, tout-à-coup, dans quelques villages, ces maladies cutanées si bénignes prennent un tel caractère de gravité que la mort en est la conséquence; mais une circonstance singulière nous frappe dès l'abord; c'est que sur dix villages, sur dix maisons, sur dix hameaux, il y en a la moitié où l'on n'observe rien de semblable, et pourtant, ces villages, ces maisons, ces hameaux, sont à peu de chose près dans la même localité. Ainsi, dans le bourg de Marcilly en Villette, les moindres excoriations deviennent quelquefois l'occasion d'accidens tels qu'elles amènent la mort; et rien de semblable ne s'observe à Ménestreau, à Saint-Cyr, à Vouzon; des accidens de même nature se montrent à Chaumont-sur-Tharonne, et Ivoy, Neung, la Ferté-Beauharnais, en sont exempts.

Il y a plus: des maisons restent saines au milieu d'un

bourg infecté; c'est ce que l'on voit à Marcilly, à la Ferté Saint-Aubin, à Chaumont; d'autres sont infectées au milieu d'un village où jusqu'ici tout est sain; et ce fait s'observe à Neung, à Nouan le Fuselier, à Mennetou sur Cher.

D'un autre côté, nous voyons des fermes isolées, dont tous les habitans sont malades; comme au Colombier, à la Grange, à Bouchebrant; d'autres, où tous jouissent de la meilleure santé.

Cette différence dans la santé des habitans d'un village et d'une ferme, avait frappé même les personnes étrangères à notre profession. M.me Briolet du Cyran qui habite le château de Louan, est fort bienfaisante, et jouit dans tout le pays d'une réputation méritée pour le traitement *des maux*, et sous cette dénomination sont compris, depuis les ulcères jusqu'aux moindres plaies; elle nous a dit; et nous rapporterons ses expressions : « Que depuis dix-huit mois ou deux ans, les humeurs des gens de Marcilly étaient changées, que leurs maux étaient beaucoup plus difficiles à guérir; que le cérat qu'elle employait depuis quinze ans avec le plus grand succès, envenimait maintenant les plaies et qu'elle ne parvenait à les guérir qu'avec l'extrait de Saturne. » Il faut noter, comme une particularité très-importante, que, dans le bourg de Ménestreau, voisin de Marcilly, on n'observait rien de semblable, et que personne n'avait le mal de gorge à Ménestreau. Ajoutons que, dans des fermes que nous avons parcourues, les blessures diverses et les plaies n'offraient de gravité insolite que si quelqu'un de la maison avait ou avait eu l'angine maligne, ou bien ce que les paysans appellent *le chancre*. Dans un autre mémoire, nous reviendrons sur cette dernière maladie, qui n'est autre chose que la diphtérite des gencives.

Si, maintenant, cherchant les causes de ces différences,

nous remarquons que là seulement où quelqu'un succombe à l'angine maligne, des plaies prennent tout-à-coup un caractère de gravité qu'elles n'avaient pas auparavant; ne serons-nous pas amenés forcément à cette conclusion, que l'introduction de la diphthérite dans la maison est là seule cause de ces accidens nouveaux? Est-il possible de ne pas voir là rapports de cause à effets. Mais il ne peut rester de doutes lorsque l'existence des fausses membranes peut être constatée avec facilité, et que les caractères anatomiques de la phlegmasie cutanée sont les mêmes que ceux de l'inflammation de l'arrière-bouche et du larynx.

Si donc, il n'est plus possible de douter que l'affection qui s'empare de la peau des personnes atteintes de l'angine maligne, est de nature diphthéritique, on est également forcé d'admettre que les sujets en rapport avec ceux qui ont à la fois le mal de gorge épidémique et la diphthérite de la peau, ou l'une de ces affections, présentent aussi des inflammations cutanées de nature identique, bien que chez eux l'angine ne se soit pas montrée. Car, premièrement, les vésicatoires qu'on leur applique se recouvrent également de fausses membranes, et peuvent de même causer la mort. En second lieu, les phlegmasies les plus légères de la peau prennent chez eux le caractère de gravité que nous avons signalé chez les autres, et les conséquences n'en sont pas moins terribles. Enfin, pour achever le parallèle, on voit la diphthérite cutanée débutant dans une maison, y propager l'angine maligne, de la même manière que l'angine pelliculaire, qui a pris l'initiative, devient la cause de la diphthérite cutanée.

Nouvelles extirpations de la matrice; par M. le professeur Récamier, *et par M.* Dubled, *agrégé de la Faculté.*

Il y a bientôt un an que l'opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu par le professeur Récamier, attira de nouveau l'attention des médecins sur le traitement des maladies cancéreuses de l'utérus. Ceux qui blâmaient les enlèvemens partiels du col de la matrice, rejetèrent d'une manière absolue son ablation totale; d'autres plus hardis conçurent l'espoir d'enlever quelques malades à une mort non moins affreuse que certaine. Nous avons rapporté des faits destinés à éclaircir la question. Nous devons aujourd'hui consigner ici avec la même impartialité ceux que nous avons pu recueillir depuis cette époque, et le public médical y trouvera la matière d'un jugement sans appel. Si nous avons paru incliner vers l'opération en en restreignant toutefois l'application à des cas bien déterminés, de nouveaux faits, de nouvelles réflexions ont modifié notre manière de voir. Dans une affaire aussi grave, l'expérience marche vite, et il importe de profiter de ses leçons, car elles coûtent cher.

Occupons-nous d'abord de la femme opérée le 26 juillet 1829. Elle sortit de l'Hôtel-Dieu environ deux mois après l'opération. Depuis cette époque, elle y est rentrée à différentes reprises, et nous avons pu l'examiner avec soin. Voici ce que nous avons observé :

Depuis l'opération, les besoins d'uriner sont devenus beaucoup plus fréquens que de coutume. Elle peut rarement rester plus d'une heure sans vider sa vessie. Souvent pendant la nuit, le besoin d'uriner est si vif, qu'elle ne peut le satisfaire assez promptement; alors l'urine s'é-

chappe. Souvent aussi lorsqu'elle croit n'avoir plus rien à rendre, il reste encore de l'urine dans la vessie, et elle coule involontairement; cela arrive même dans le jour, aussi est-elle presque toujours mouillée. Cette circonstance, l'omission des lavemens et une constipation violente, occasionnèrent une douleur dans toute la région inférieure du bassin, et donnèrent lieu à un gonflement œdémateux des parties génitales. C'est alors qu'elle vint à l'hôpital en décembre 1829.

L'examen de la vulve et du vagin fit reconnaître que ces parties étaient absolument exemptes d'altération. Le gonflement des petites et des grandes lèvres était peu considérable, et paraissait être dû à l'irritation de la peau par l'urine. Quant au vagin, il n'avait pas plus de deux pouces et demi de profondeur. Sa partie supérieure était hermétiquement fermée par le froncement circulaire de ses parois. La muqueuse, fortement ridée, était à peine humectée par du mucus dans l'état naturel.

Huit jours passés à l'hôpital, un repos absolu, des soins de propreté, suffirent pour mettre les choses dans l'état normal, et cette femme sortit pour reprendre ses occupations habituelles.

La durée et l'intensité du froid l'incommodèrent beaucoup pendant l'hiver; elle rentra à l'hôpital au commencement d'avril 1830, pour une diarrhée assez forte, résultat de la mauvaise saison, du mauvais régime, et des autres circonstances défavorables au milieu desquelles elle se trouve. Quelques doses d'opium arrêtèrent les évacuations, dissipèrent les coliques, et bientôt elle fut convalescente.

Le vagin fut de nouveau exploré avec le plus grand soin par M. Récamier et par plusieurs autres médecins. La cicatrice froncée dont nous avons parlé n'avait pas changé d'aspect, et même on ne sentait plus dans la cloi-

son recto-vaginale quelques légères indurations qui y avaient été observées précédemment. Du reste, l'aspect général est le même, et rien n'indique une altération grave de la santé.

Il paraît cependant que cette diarrhée supprimée si facilement reparut bientôt et fut exaspérée par de nombreux écarts dans le régime. La malade ne revint plus à l'Hôtel-Dieu, et l'on manque de détails sur tout ce qui a eu lieu jusqu'au 12 juin dernier, époque à laquelle elle a succombé (1).

Ainsi donc cette femme qui avait échappé si heureusement aux chances immédiates de l'opération et aux accidens consécutifs non moins redoutables, n'a pas survécu onze mois à cette même opération, et a succombé, suivant toute apparence, à des altérations de l'appareil digestif, à-peu-près comme la malade traitée en 1825 par le même praticien. Nous reviendrons bientôt sur cette circonstance; en attendant, il m'importe de jeter un coup-d'œil sur d'autres faits non moins remarquables, et qui tous serviront à baser le jugement que l'on doit porter sur l'opération en elle-même. Voyons d'abord celle qui, par ordre de date, doit nous occuper la première.

M.me ***, âgée de 36 ans, présentait depuis plusieurs années les symptômes d'un cancer du col de l'utérus. M. Casimir Broussais lui donnait des soins et était parvenu à modérer les progrès du mal par une médication anti-

(1) Dirons-nous que la nécropsie n'a pas été faite, parce que des convenances puériles s'y sont opposées ? Dans une affaire qui importe aussi essentiellement à la science, on ne conçoit guères comment les personnes intéressées n'ont pas invoqué l'intervention de l'autorité, qui ne la refuse jamais lorsqu'elle est réclamée pour de semblables motifs. Un mot de M. Récamier eût suffi pour lever tous les obstacles, et l'on doit regretter que ce praticien, ordinairement si zélé pour l'avancement de la science, ait négligé une telle occasion de lui rendre un nouveau service.

phlogistique parfaitement dirigé. M. Amussat avait été appelé, et pensait que la totalité du mal ne pouvait être enlevée; en conséquence, plusieurs cautérisations avaient été pratiquées à diverses reprises. Cependant la maladie envahissait peu-à-peu la partie supérieure du col; la lèvre postérieure du museau de tanche était détruite en totalité, et l'on ne pouvait plus conserver aucun espoir de sauver cette femme, qui offrait du reste un état général très-satisfaisant.

Ce fut alors que M. Récamier fut appelé. L'examen le plus attentif fit reconnaître l'intégrité parfaite des annexes de l'utérus, ainsi que des cloisons vésico et recto-vaginales. Le professeur Desormeaux, après avoir touché la malade, déclara qu'il trouvait la partie antérieure du vagin très-adhérente au bas-fond de la vessie. Beaucoup de praticiens distingués pensèrent que l'opération était le seul moyen à opposer au cancer que portait cette dame. En conséquence elle fut pratiquée par M. Récamier, le 13 janvier dernier, en présence de MM. Marjolin, Lisfranc, Blandin, etc.

Les pinces de Museux à manche coudé furent placées sur le col encore très-consistant. M. Blandin, à qui elles étaient confiées, fut chargé d'opérer l'abaissement de l'utérus. L'opérateur divisa la partie antérieure du vagin, et détruisit ensuite les adhérences celluleuses unissant ce conduit au bas-fond de la vessie. Cette dissection fut pénible, car les adhérences s'étendaient à plus de dix-huit lignes de hauteur. Arrivé au péritoine, cette membrane fut coupée, et alors un bistouri boutonné divisa les ligamens larges dans leurs deux tiers supérieurs. Une première ligature fut passée à droite et confiée aux soins d'un aide qui plaça le serre-nœud et se rendit maître de tous les vaisseaux de ce côté. Une autre ligature portée sur le côté gauche fut destinée à remplir le même objet,

mais par suite de diverses circonstances difficiles à expliquer, on s'aperçut qu'elle ne comprimait pas.

Cela étant ainsi, le mouvement de bascule fut imprimé à l'utérus, non sans beaucoup de peine, en raison de son volume et de l'étroitesse du vagin. On y parvint, et le dernier temps de l'opération fut prompt. Il n'y eut pas d'hémorrhagie immédiate, bien que la ligature gauche sortît en même temps que l'organe malade.

Les intestins et l'épiploon qui descendaient dans le bassin étaient contenus au-dessus du pubis par un aide. L'opération dura dix-sept minutes, la malade supporta courageusement ses douleurs, et l'on augurait bien de l'avenir. La journée se passa tranquillement, une réaction modérée s'établit dans l'après midi; et après une nuit tranquille on trouva le matin du 14, la malade dans un état tellement satisfaisant, qu'on la crut à l'abri des dangers immédiats de l'opération. Vers l'après-midi de ce jour, on s'aperçut qu'il sortait du sang artériel par le vagin. Il était mêlé de liquides séreux et incolores, il coulait lentement. On essaya d'arrêter cette hémorrhagie, et pour cela on introduisit dans le vagin un instrument de l'invention de M. Récamier. C'est une longue tige métallique recourbée en quart de cercle, à-peu-près comme une branche de forceps; son extrémité interne est conduite sur le point d'où sort le sang; on la garnit d'agaric afin de comprimer plus mollement; l'autre bout est rapproché de la cuisse opposée, et fixé en cet endroit par un bandage approprié. C'est en conséquence un levier du premier genre dont la branche de l'ischium forme le point d'appui. Cet appareil n'arrêta pas complètement le sang, et la malade, épuisée par une réunion de circonstances dont il est facile de pressentir la gravité, expira doucement le soir, trente-trois heures après l'opération.

Parlons d'abord de l'organe enlevé. Son volume total

est d'un tiers plus grand que dans l'état naturel. Le col est tout entier transformé en matière cancéreuse; la lèvre postérieure du museau de tanche n'existe plus; en devant la dégénérescence remonte jusqu'à l'origine de la cavité du corps. En avant, se trouvent plusieurs mamelons qui donnent à cette partie beaucoup plus d'épaisseur que dans l'état normal. L'examen de la pièce a prouvé que l'ablation partielle était absolument impraticable.

Quant à l'autopsie cadavérique, voici ce qu'elle a fourni. Une injection aqueuse poussée par l'aorte ventrale a prouvé que l'artère utérine gauche était perméable au sang; c'était, du reste, l'unique voie par où il pût s'échapper. Les ovaires et les trompes avaient été enlevés avec l'utérus; et, cependant, les artères qui vont à ces organes n'ont donné lieu à aucune hémorrhagie. Le rectum était absolument intact; le vagin ne présentait aucune altération dans sa texture, et tout le mal avait été enlevé. Le bas-fond de la vessie, disséqué dans une grande étendue, présentait un petit pertuis qui laissait échapper l'urine. Le péritoine de ces régions était soulevé par des fluides aériformes; on n'a constaté aucun des signes ordinaires de la péritonite. Les autres organes étaient sains.

A-peu-près vers la même époque se trouvait, dans le service de M. Récamier, une femme âgée de 30 ans, qui, après avoir éprouvé successivement plusieurs blennorrhagies; des pertes, des élancemens, pour lesquels accidens on lui fit subir divers traitemens qui la fatiguèrent beaucoup, offrait en somme les altérations suivantes. Tout le museau de tanche était détruit, et l'intérieur de la cavité du col rempli de mamelons cancéreux séparés par des fissures profondes. Le doigt pénètre facilement au milieu de toutes ces parties malades. En avant, le vagin est ulcéré dans le lieu où il se replie sur le col; les cloi-

sons vésico et recto-vaginales sont saines. Le corps de l'utérus a conservé son volume, mais il a perdu sa mobilité, il adhère par son côté droit à la face interne du bassin; les annexes de ce côté forment une tumeur dure et mamelonnée.

La circonstance d'affections syphilitiques antécédentes avait conduit à penser qu'un traitement bien dirigé ferait disparaître en partie ces engorgemens internes qui s'opposaient à l'ablation de l'organe malade. Les pilules Suédoises, des frictions, des sangsues et autres moyens furent mis en usage, mais vainement; la rigueur de la saison parut s'opposer à l'amélioration qui était d'abord survenue, et la malade succomba à la fin du mois de février. La nécropsie fit reconnaître l'exactitude du diagnostic, et l'on dût regretter que la malade n'eût pas réclamé plus tôt les secours de l'art.

Au mois d'avril suivant, une femme grande et forte, âgée de 32 ans, parut aussi dans des conditions favorables à l'opération. Elle éprouvait des douleurs et des pertes depuis quatre mois seulement. Le vagin était sain dans toute son étendue; la lèvre postérieure du museau de tanche était tuméfiée, ulcérée, très-douloureuse au contact; cette altération se rencontrait aussi, mais moins avancée, à la lèvre antérieure. Les cloisons sont saines; l'organe est parfaitement mobile, et ses annexes sont exempts de toute altération.

Déjà le jour avait été pris pour l'opération, tout était préparé, lorsque la malade, émue par l'arrivée du médecin et des nombreux assistans, fut prise d'une perte très-abondante. Il fallut ajourner l'exécution du projet que l'on avait conçu. Des accidens de diverse nature survinrent successivement, et ce ne fut que six semaines après cette époque que l'on put y revenir. Les pinces de Museux, implantées sur le col, ne trouvèrent point

assez de résistance pour opérer l'abaissement convenable; le tissu malade se déchirait avec une extrême facilité; le sang coulait en abondance; les douleurs étaient atroces; on dût trouver dans ces circonstances un obstacle insurmontable, et la malheureuse femme fut abandonnée. Depuis elle est sortie de l'Hôtel Dieu.

Une dernière opération nous reste à décrire. Nous nous dispenserions d'entrer dans quelques détails si le procédé mis en usage ne différait pas, à beaucoup d'égards, de celui qui appartient à M. Récamier, et que nous avons décrit amplement. Voici le fait.

Madame ***, âgée de 26 ans, mère de trois enfans, accouchée depuis huit mois environ, vit ses lochies couler sans interruption bien au-delà du terme habituel : elle éprouvait en même temps des douleurs sourdes dans le vagin. Trois mois se passèrent ainsi, et l'écoulement muqueso-purulent augmentait, le teint devenait pâle, les forces s'en allaient, et la malade s'en tenait aux soins de propreté. Plus tard, à la fin du mois de mai, elle consulta son accoucheur, qui trouva de prime-abord un cancer ulcéré du col. Les astringens, le repos, les applications de sangsues à l'hypogastre et aux cuisses, les bains et autres moyens furent opposés au flux sanguinolent, mais sans succès.

Placée à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Récamier, on constata un cancer ulcéré avec quelques légères traces d'engorgement dans la paroi postérieure du vagin. Les annexes de l'utérus furent trouvés sains. La malade voulait à tout prix être débarrassée de son infirmité, son état général était très-satisfaisant, en conséquence on se décida à opérer.

Dans la séance du 11 mai, M. Dubled, agrégé de la Faculté, avait lu à l'Académie royale de Médecine un mémoire sur une modification importante du procédé de

M. Récamier pour l'ablation de l'utérus. Cette modification consiste surtout dans l'application immédiate des ligatures, sans comprendre une portion du vagin avec le quart inférieur du ligament large; elle consiste encore dans l'inutilité du mouvement de bascule imprimé à l'organe, mouvement toujours difficile à exécuter, surtout quand l'organe a acquis un surcroît de volume. En rendant ainsi l'opération plus facile, plus prompte et moins douloureuse, M. Dubled a pensé en assurer le succès, ou du moins en diminuer tous les inconvéniens.

M. Récamier, toujours disposé à accueillir ce qui lui paraît bon et utile, engagea ce jeune Chirurgien à pratiquer cette opération devant lui sur le cadavre. Les salles de l'Hôtel-Dieu renfermant toujours un certain nombre de femmes affectées de cancer utérin, on trouva bientôt l'occasion de mettre le nouveau procédé à l'épreuve, et deux fois ce professeur put se convaincre qu'il offrait des avantages réels. En conséquence, il fut décidé que la malade en question retournerait chez elle pour y être opérée par M. Dubled.

Le 20 juin, en présence de MM. Récamier, Lisfranc, de plusieurs autres praticiens et de beaucoup d'élèves, l'utérus a été enlevé de la manière suivante.

On eut beaucoup de peine à abaisser l'organe, parce que le col, ulcéré et ramolli, se déchirait aux moindres tractions. On y parvint enfin à l'aide des pinces à forceps inventées par M. Récamier. L'abaissement opéré et dirigé surtout en arrière, la partie antérieure du vagin fut incisée demi-circulairement, le tissu cellulaire de la cloison antérieure déchiré au moyen des doigts. On avait eu le soin d'introduire une sonde dans la vessie; sa présence servait de guide aux instrumens, et l'organe fut conservé intact. Le péritoine fut ouvert avec un bistouri boutonné. Alors l'aide qui abaissait l'utérus, agit d'arrière en avant

afin de tendre la cloison recto-vaginale; une incision semblable à la première fut faite, et bientôt le péritoine fut ouvert dans cette direction. Deux ligatures furent placées sur le quart inférieur des ligamens larges, et assurées au moyen de serre-nœuds. L'abaissement direct de l'utérus et une légère tentative d'antéversion ayant causé de vives douleurs, on y renonça aussitôt, et la section des ligamens larges fut pratiquée de bas en haut avec un bistouri boutonné. L'organe ne tenant plus à rien fut amené au dehors sans la moindre difficulté.

Cette opération a duré vingt-cinq minutes; elle a été faite avec adresse et sang-froid, la malade l'a supportée avec courage, et elle a perdu une ou deux palettes de sang au plus; encore ne provenait-il que des déchirures du col par suite des nombreuses tentatives faites pour l'abaisser.

Reportée sur son lit, cette femme, pâle et froide, prit une potion antispasmodique, qui amena une légère détente avec réaction au bout de deux heures. Vers midi, le ventre est souple, le pouls modéré, il ne s'écoule pas de sang. On pratique le cathétérisme, et la vessie se vide en entier. Dans la soirée, la peau devient chaude; le pouls se développe et prend de la fréquence, la soif est vive, le ventre tendu et douloureux. (*Saignée du bras de dix onces; trente sangsues sur la région hypogastrique; fomentations émollientes.*) A une heure du matin, mouvemens spasmodiques, délire, agitation extrême; la malade se lève brusquement et demande toujours à boire; à la suite de ces grands mouvemens, il s'écoule du vagin quelques cuillerées de sang vermeil qu'on arrête au moyen de compresses imbibées d'eau froide. L'état nerveux persiste, bientôt survient un affaissement profond, et la malade expire à six heures du matin, vingt-deux heures après l'opération.

L'utérus, examiné avec soin, a offert une dégénérescence cancéreuse très-avancée; le col tout entier était transformé en matière encéphaloïde ramollie et enflammée, puis l'altération s'avançait superficiellement jusqu'au sommet du corps de l'organe, et montrait assez qu'une ablation partielle eut été impraticable. La section des ligamens larges était très-nette, elle rasait le corps de l'organe dans toute son étendue, et prouvait avec quelle précision le bistouri avait été conduit.

La nécropsie, pratiquée le lendemain, n'a fourni aucun renseignement bien utile. Le péritoine était sain; les ligatures, solidement fixées, embrassaient les artères utérines; la vessie et le rectum étaient intacts; il y avait environ une palette de sang noir dans la cavité pelvienne. Tous les autres organes étaient dans l'état normal.

Pour dire toute notre pensée sur les circonstances qui ont précédé la mort de cette femme, nous croyons que les émissions sanguines étaient loin d'être indiquées; la crainte d'une péritonite n'a pas permis de laisser à l'organisme le temps de réagir, et la malade est morte exsangue. Pourquoi tant redouter une phlegmasie que l'on combat tous les jours avec avantage? Pourquoi priver l'économie des ressources dont elle aura besoin plus tard, et vider les vaisseaux lorsque les moyens de réparation sont nuls, du moins pour un temps? Si l'on considère l'état d'affaiblissement dans lequel se trouve une femme qui perd depuis neuf mois; si l'on songe à l'énervation qui suit une opération grave, à l'hémorrhagie qui l'accompagne, à celle qui peut survenir consécutivement, on trouvera dans ces nombreux motifs une raison plus que suffisante pour épargner à la malade les saignées et les sangsues dont on l'accable en pareil cas. D'où viennent cette agitation, ce délire, ces mouvemens convulsifs?

Ne sont-ce pas là les symptômes qui accompagnent d'ordinaire les hémorrhagies trop abondantes? Il ne faut donc pas tant s'attacher à prévenir une maladie, imminente à la vérité, mais dont l'art peut triompher encore. . . . .

Quant à l'opération en elle-même, nous pensons que l'expérience acquise restreint singulièrement les cas dans lesquels on devra la pratiquer. Il serait trop long de développer ici les motifs qui nous conduisent à cette opinion, mais on conviendra que les résultats obtenus dans les quatre dernières épreuves tentées par MM. Roux, Récamier et Dubled, sont de nature à décourager ceux qui ne se piquent pas de témérité. On devra peut-être ne faire l'ablation d'un utérus cancéreux que quand il y aura un véritable prolapsus de cet organe. C'est le cas de la première malade opérée par M. Récamier, et encore a-t-elle succombé au bout de quatre mois à une diarrhée dysentérique; c'est le cas de cette malade opérée par un chirurgien de Provins, et qui, dit-on, vit encore sans aucune incommodité, bien que plusieurs années se soient écoulées depuis sa guérison. Il faudra encore que les femmes sur lesquelles on tentera ce moyen extrême soient arrivées à un âge où la matrice ne jouit plus de son activité organique et n'exerce plus sur l'ensemble des fonctions une influence aussi considérable. Celles qui ne remplissent pas ces conditions, quelque bien disposées qu'elles soient d'ailleurs, nous paraissent devoir être traitées par tous les moyens palliatifs connus. On peut ainsi adoucir leurs souffrances et prolonger leur vie, tandis que l'ablation complète de la partie malade entraîne un danger immédiat. Il faudrait que les chances de succès fussent plus nombreuses pour autoriser les chirurgiens à mettre en usage un moyen aussi dangereux. La mort est inévitable, on le sait, mais il faut de puissans motifs pour

oser mettre en question les six mois ou un an de vie qui restent à ces malheureuses, et l'on doit regretter d'y mettre un terme aussi prompt quand elles pouvaient encore être utiles. Il ne faut pas que le désir de servir l'humanité et d'aggrandir le domaine de la science conduise à des résultats que la science et l'humanité peuvent réprouver également. P. M., D. M. P.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Sur la cause de l'aspect laiteux que présente quelquefois le sang; par Rob. Christison, *professeur de médecine légale à l'Université d'Edimbourg* (1).

Dans l'ignorance presque absolue où nous sommes sur les altérations chimiques que subissent les liquides de l'économie dans l'état de maladie, chaque fait nouveau qui peut contribuer à la dissiper et nous fournir quelque connaissance sur ce point important, doit, ce nous semble, exciter l'attention, quoique nous ne puissions pas en apprécier actuellement la valeur en physiologie et dans la pratique. L'altération du sang que M. le professeur Christison se propose d'examiner dans le mémoire que nous avons sous les yeux n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire au premier abord. Tulpius (*Observ.* ch. 58), Morgagni (*Epist.* XLIX, art. 22), Schenckius (*Observ.* lib. 6), Schwencke (*Hæmatologia*), et plusieurs autres auteurs rapportent plusieurs faits de ce genre; on en trouve quelques autres dans les Transactions philosophiques de la Société royale de Londres, n.° 100 et 442;

(1) *The Edinburgh Med. and Surg. Journal*, avril 1830.

Hewson, dans son ouvrage sur le sang, en cite cinq exemples qui lui ont été fournis par des personnes dignes de foi; et Pringle, Pitcairn, Hunter, Fothergill, etc., ont, assure-t-il, observé plusieurs fois ce phénomène. Le docteur Traill de Liverpool a consigné plusieurs observations de ce genre dans le *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1821 et 1823; plusieurs autres sont mentionnées dans le *London med. repository* pour 1824; dans les *Archives générales de Médecine*, tom. XVIII, pag. 603, nous avons consigné celle que M. Caventou a communiquée à l'Académie royale de Médecine; enfin, dans le numéro de janvier 1830 de l'*Edinburgh med. and surgical Journal*, on en trouve une nouvelle rapportée par M. Anderson, de Dumfries, et qui nous semble assez intéressante pour que nous la fassions connaître à nos lecteurs avant de commencer l'analyse du travail du professeur d'Edimbourg; cela nous paraît d'autant plus nécessaire, que c'est la lecture de ce fait qui a donné à M. Christison l'idée de s'occuper des recherches qui font l'objet de son mémoire.

« Un homme attaché à l'un de ces spectacles ambulans qui parcourent les villages, vint me trouver, dit M. Anderson, au mois d'octobre 1827, se plaignant d'une douleur excessive dans la région du cœur; douleur qu'il attribuait aux cris continuels et violens qu'il avait poussés la veille dans l'exercice de sa profession. La respiration était laborieuse, son pouls petit et plus fréquent que dans l'état de santé. Je pratiquai de suite au bras une saignée d'une livre, ce qui lui procura un soulagement très-marqué; mais avant que la saignée fut finie, je remarquai que le sang prenait une teinte bleuâtre, et, à ma grande surprise, j'observai, quand il se fut coagulé comme d'habitude, qu'il n'y avait pas de sérum, et que le caillot nageait dans du *lait pur*. Une heure après la saignée, la

douleur revint plus violente qu'auparavant; je fis, sans hésiter, une seconde saignée qui le soulagea presque immédiatement ; le sang qui sortit de la veine offrit le même aspect que la première fois, et fournit du *lait* au lieu de sérum. Je questionnai cet homme, et j'appris qu'il avait bu une grande quantité de lait trois heures avant la première évacuation de sang. La guérison fut parfaite. »

D'après quelques réflexions que l'auteur a jointes à cette observation, on voit qu'il ne fait aucun doute que le lait n'ait été absorbé en nature par les chylifères et porté dans le torrent de la circulation; puis il ajoute : « Ce lait, qui remplaçait le sérum, n'a pas été soumis à l'analyse; mais son aspect et sa consistance ne différaient en rien du lait ordinaire. Il resta liquide pendant plusieurs jours; le cruor se coagula à la manière ordinaire, et demeura flottant sur le lait. Le sang, au sortir de la veine, n'offrit aucune altération sensible dans ses propriétés physiques; ce ne fut que lorsqu'il commença à se refroidir que le changement se manifesta. Si l'individu dont il s'agit n'avait pas bu du lait quelques heures avant la saignée, il m'aurait été impossible de me rendre raison de ce phénomène. »

Passons maintenant à l'examen du mémoire de M. Christison. « Diverses opinions, dit l'auteur, ont été émises sur la cause de l'apparence laiteuse du sérum du sang. Hewson pensa d'abord qu'elle pouvait dépendre de la présence d'une portion de chyle qui n'aurait pas encore subi l'hématose; mais il reconnut bientôt que cette opinion n'était pas basée sur les faits. Ayant observé plus tard, en évaporant à siccité le sérum lactescent, que le résidu produisait des taches grasses sur le papier, il en conclut que la cause de cette lactescence était une matière huileuse mêlée avec le sang; et il admit que cette huile était probablement puisée par les vaisseaux absorbans dans les cellules du tissu adipeux. Le docteur Gré-

gory, dans son ouvrage intitulé : *Conspectus medicinæ theoricæ*, dit, mais sans en fournir aucune preuve, que la lactescence du sang dépend de l'absorption de la graisse et de sa non-conversion en fibrine. Le seul qui jusqu'ici ait analysé avec soin le sérum laiteux, et qui ait pu ainsi asseoir son opinion sur des faits bien observés, est le docteur Traill de Liverpool. Il a soumis à l'analyse trois portions de sang laiteux, dont deux provenaient de la même personne dans deux maladies différentes (Voy. *Archives générales de Médecine*, tome II, page 291). La pesanteur spécifique du sérum était, dans les trois cas, au-dessous de ce qu'elle est dans l'état de santé, savoir : de 1,187 dans l'un, de 1,025 dans l'autre, et de 1,018 dans le troisième. Le premier de ces liquides contenait, proportion tout-à-fait insolite, 21,1 pour cent de matière solide, composée de 15,7 d'albumine, 4,5 de matière huileuse, et 0,9 de substances salines. Le second échantillon donna 15,2 pour cent de matières solides, dans lesquelles la substance huileuse était en grande proportion; et le troisième, enfin, 16,4 pour cent de matière solide, savoir : albumine, 13,3; huile, 2,5, et sels, 0,6. De ces résultats, M. Traill a conclu qu'il existe de l'huile dans toutes les espèces de sérum laiteux, et que la lactescence de ce liquide est due peut-être en partie à la présence de l'huile, mais surtout, suivant toutes les probabilités, à l'excès d'albumine qu'on y rencontre. L'un des éditeurs du *London med. Repository* dit avoir observé quatre cas de sérum laiteux, et met en question si c'est à la présence de l'huile que ce liquide doit cette apparence. » Enfin, nous avons vu plus haut que l'auteur de l'observation que nous avons rapportée ne paraît pas douter qu'elle ne dépende de la présence du lait en nature mêlé au sang.

« Les recherches auxquelles je me suis livré, continue

M. Christison, m'ont conduit, comme on va le voir, à des résultats qui s'accordent sur plusieurs points avec ceux du docteur Traill, mais qui en diffèrent sur quelques autres. C'est à M. Ziegler, chirurgien distingué d'Edimbourg, que je suis redevable du sérum laiteux que j'ai soumis à l'expérience. Il m'a fourni deux échantillons de ce liquide pris chez le même malade à un intervalle de huit jours. Le sang qui fournit ce sérum avait un aspect blanchâtre avant de se coaguler, au point que M. Ziegler crut d'abord qu'il y avait eu par hasard du lait dans le vase où il l'avait reçu. Ce sang se coagula à la manière ordinaire. Les deux portions du sérum qui me furent remises ne différaient en rien, pour l'aspect, du lait nouvellement trait; il était presque impossible de les distinguer de ce liquide, dont ils avaient la blancheur et l'opacité.

« La pesanteur spécifique de ces deux liquides était moindre que dans l'état habituel; dans celui du sang tiré le premier elle était de 1,087, et dans l'autre de 1,0218; tandis que celle d'une portion de sérum provenant du sang d'un homme en santé, prise comparativement, était de 1,0308, ce qui est même un peu au-dessous du terme moyen. La quantité de matière solide, au contraire, plus grande que dans l'état sain, dans le sérum le plus léger, était à-peu-près égale à celle de l'état sain dans le plus pesant. Les parties solides du sérum sain, desséché à une température de 100° centigrades jusqu'à ce qu'il cessât de diminuer de poids, s'élevaient à 10, 22 pour cent, ce qui est à-peu-près le terme moyen admis par les chimistes : celles que contenait le sérum laiteux le plus léger étaient de 13,77, et celles du plus pesant de 9,81 seulement. C'est un fait digne de remarque que, dans ces sérums laiteux, il n'y avait aucun rapport direct entre leur densité et la quantité de matière solide, soit qu'on

les comparât au sérum sain, soit qu'on les comparât entre eux; la proportion était plutôt en raison inverse. Ce fait avait déjà été observé par M. Traill.

« Le résidu solide provenant des deux échantillons de sérum laiteux était manifestement gras à sa surface, au point de tacher le verre et de laisser une marque huileuse sur le papier joseph. Hewson et M. Traill avaient fait cette remarque. Comme l'éther sulfurique ne coagule pas le sérum, et qu'il jouit de la propriété de dissoudre presque tous les corps gras et oléagineux, je pensai que je pourrais facilement séparer à l'état de pureté la matière huileuse, ou plutôt adipeuse du sérum, sans avoir besoin de recourir à l'évaporation, en agitant ce liquide avec une quantité d'éther plus grande que celle que l'eau contenue dans le sérum pourrait dissoudre. En conséquence, j'agitai dans une petite éprouvette une certaine quantité de sérum laiteux avec le double de son poids d'éther sulfurique; au bout de quelques secondes je vis la lactescence disparaître, et j'obtins un liquide presque transparent qui, abandonné à lui-même pendant une ou deux minutes, se divisa en trois couches distinctes : la supérieure, incolore et transparente; la moyenne, verdâtre, translucide, opaline, et paraissant formée de petites masses irrégulières, assez semblables aux granules de la pulpe d'orange; l'inférieure, enfin, verdâtre aussi et transparente. La première couche de l'éther tenait seulement en dissolution une matière grasse, qui, après l'évaporation de l'éther dans un verre de montre, se rassembla en gouttelettes huileuses sur les bords. La seconde était un mélange de beaucoup d'éther, d'une grande quantité d'albumine et d'un peu de graisse. En effet, à mesure que l'éther se vaporisa, la matière grasse se rassembla graduellement à la surface et sur les bords du résidu, qu'à ses propriétés et surtout à sa coagulation par la chaleur,

il était facile de reconnaître pour de l'albumine. La troisième couche, enfin, n'était que du sérum pur tenant en dissolution un peu d'éther, mais sans une trace de matière grasse. Exposée à l'air pour faire évaporer l'éther, elle présenta une masse presque gélatineuse qui offrit tous les caractères de l'albumine non coagulée.

« Le résultat de cette expérience démontre clairement que l'aspect laiteux du sérum est dû uniquement à quelque substance grasse ou huileuse qui y est tenue dans un état de suspension très-intime ou d'émulsion; car la lactescence est détruite entièrement par un liquide qui dissout le corps gras. Il prouve de plus, contre l'opinion de M. Traill, que le phénomène dont il s'agit est tout-à-fait indépendant de l'excès d'albumine; en effet, le sérum du sang du second échantillon ne contenait pas plus d'albumine que dans l'état ordinaire, et d'ailleurs tout le monde sait que le blanc d'œuf, qui contient beaucoup plus de ce principe que le sérum qui en contient le plus, est incolore et transparent quand il n'est pas coagulé; comment se ferait-il donc qu'un excès d'albumine pût donner à l'un de ces liquides une blancheur et une opacité qu'il ne donnerait pas à l'autre? »

M. Christison recherche ensuite quelle est exactement la nature du corps gras extrait du sérum. « Dans le premier échantillon, la matière grasse était dans la proportion d'environ 5 pour cent, et dans le second de 3 pour cent de la masse totale, c'est-à-dire de 36 et 32 pour cent sur le résidu de l'évaporation du liquide à 100° degrés. Dans le premier, le corps gras était translucide et presque incolore à l'état solide, et dans le second il avait une teinte jaunâtre. Son odeur dans les deux cas était faible, particulière, désagréable et huileuse. Solide à 15°, il commençait à se ramollir à 21°, mais il restait opaque; à une température plus élevée, sa fluidité augmentait, mais il

n'était tout-à-fait liquide qu'à 35°; il s'enflammait facilement et brûlait sans laisser de résidu, avec une belle flamme blanche. Il contenait deux principes gras, l'un liquide à la température ordinaire, et l'autre concret, que des expériences appropriées me firent reconnaître pour être de l'oléine et de la stéarine, qui, ainsi que l'a prouvé M. Chevreul, composent seules la graisse humaine. »

D'après ce qui précède, on peut conclure que l'opinion du docteur Grégory sur la cause de la lactescence du sérum est exacte; que ce phénomène dépend de l'absorption de la graisse et de son passage dans le sang.

« Jusqu'ici je n'ai parlé que de cet état du sérum dans lequel ce liquide présente l'aspect du lait; mais il est une autre condition qu'on observe bien plus fréquemment, dans laquelle le liquide qui nous occupe a l'apparence du petit-lait; c'est-à-dire, qu'il est translucide, d'une couleur grise par réflexion, et jaunâtre par transmission. Cette altération se voit souvent dans les cas d'hydropisie accompagnée d'urines coagulables, et dans le rhumatisme aigu.

» J'ai soumis à l'analyse, dit M. Chritison, quatre échantillons de cette espèce de sérum provenant de personnes affectées d'hydropisie, et présentant en même temps des urines coagulables. Chez ces diverses personnes, le sang, en se coagulant, s'était recouvert d'une couenne inflammatoire. J'essayai d'en séparer la matière grasse, et j'y parvins facilement au moyen de l'agitation avec l'éther sulfurique; l'un de ces échantillons contenait au moins un pour cent de graisse en tout semblable à celle que j'avais obtenue dans les expériences précédentes. Je dois dire aussi que le sérum parfaitement transparent et ne présentant nullement l'aspect laiteux, contient par fois des traces de matière grasse. J'ai examiné quelques échantillons de sérum sans pouvoir y découvrir la moindre trace de corps gras,

et dans deux cas dans lesquels le liquide ne paraissait différer en rien de l'état ordinaire, j'en ai trouvé quelques atômes. Il est donc extrêmement probable que dans l'état ordinaire du sang, ce liquide contient en général, sinon toujours, une plus ou moins grande proportion de matière grasse parfaitement semblable à celle que contiennent les cellules adipeuses. Si par la suite on parvient à prouver incontestablement qu'il en est ainsi, ce sera un fait de plus à ajouter à ceux qu'on connaît déjà, et qui tendent à prouver que les divers principes qui existent dans l'économie et dans les sécrétions, existent dans le sang d'où ils sont ensuite séparés par l'organe sécrétoire au moyen d'une sorte de filtration *élective*.

» Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut essayer de rattacher l'existence d'une grande proportion de graisse dans le sang avec d'autres phénomènes pathologiques plus palpables; le nombre des faits de ce genre est encore trop peu nombreux pour qu'on puisse le tenter. Cependant on peut dire que cette altération du sang paraît coïncider avec un état d'excitation de la circulation, état dans lequel le sang présente le plus ordinairement une couenne inflammatoire. D'un autre côté, comme on l'a principalement observé chez des personnes saisies brusquement d'une maladie aiguë, il m'a semblé qu'elle pouvait dépendre simplement d'une action trop énergique des vaisseaux absorbans, action s'exerçant sur le tissu graisseux, dans les personnes qui tout-à-coup sont mises à une diète rigoureuse. »

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

PUTRÉFACTION ANIMALE. — M. Matteuci, qui a entrepris une série d'expériences pour reconnaître quelle influence peut avoir l'état électrique sur la décomposition spontanée des matières animales, pense qu'il suffit, pour empêcher la combinaison de l'oxygène avec elles, de les mettre dans un état d'électricité négative, et cela parce que l'oxygène est lui-même électro-négatif. Trouvant dans les travaux de Bellingeri de Turin, et dans d'autres qui lui sont propres, la preuve que les substances animales mises en contact avec les métaux s'établissent elles-mêmes en état électrique, M. Matteuci plaça quelques morceaux de muscles sur des plaques de zinc ou de cuivre, et en abandonna d'autres à eux-mêmes. Avant un jour, ceux-ci avaient commencé à se putréfier, et ceux-là n'avaient rien éprouvé; enfin, plus tard, les produits de l'altération éprouvée par ces derniers étaient différens des autres, et en rapport avec l'état électrique que l'on y avait déterminé. Il se forme des produits ammoniacaux et de l'hydrogène carboné dans les muscles en contact avec le zinc, et beaucoup d'acides et d'acétate de cuivre dans ceux qui étaient posés sur ce métal. En disposant des muscles comme conducteurs aux pôles d'une pile, M. Matteuci a obtenu des effets encore plus marqués, et il croit que le charbon agit bien plus comme électro-moteur que comme absorbant, sur les plaies dont il détruit l'odeur, et empêche le développement ultérieur de matière fétide. (*Ann. de Phys. et Chim.*, oct. 1829, p. 310.)

Pathologie.

OBSERVATIONS SUR LE SANG DANS LA FIÈVRE JAUNE, *par W. Stevens, M.-D.* — A la séance du 3 mai dernier du collége des médecins de Londres, le docteur Hawkins, au nom de son confrère M. Stevens, a donné lecture d'un mémoire dont nous allons extraire les points les plus importans : L'auteur a observé qu'il se présente très-fréquemment, aux Indes occidentales, une certaine espèce maligne de fièvre jaune, dans laquelle il est évident, d'après les symptômes qui existent pendant la vie et d'après les altérations qu'on observe après la mort, que la maladie a son siége principal dans les liquides. Il pense que, dans ces cas, la cause de la mort ne devient

bien manifeste que lorsqu'on ouvre le cœur et qu'on examine son contenu. « On y trouve, dit-il, à la place du sang, un *liquide dissous (a dissolved fluid)*, noir comme de l'encre, et tout-à-fait impropre à l'entretien de la vie. » Ces altérations et d'autres circonstances particulières ont porté M. Stevens à examiner le sang avec attention et à faire une série d'expériences sur ce liquide, dont le récit forme le sujet de son mémoire. Voici les résultats qu'il a obtenus. En examinant le sang des personnes mortes de la fièvre jaune, on observe les changemens suivans :

« 1.° Le sang est plus liquide que dans l'état ordinaire; ce que l'auteur attribue en partie à un excès de sérum et en partie à ce que la fibrine n'existe pas dans la proportion accoutumée. De plus, la matière colorante est souvent détachée des globules et dissoute dans le sérum, duquel on ne peut la séparer par la filtration ni par aucun autre moyen mécanique. A mesure que la maladie se prolonge, la couleur rouge disparaît, et tout le liquide en circulation devient noir en même temps que ténu.

« 2.° Toute la masse du sang, celui des artères comme celui des veines, éprouve ce changement de couleur. L'auteur a souvent comparé la matière noire des vomissemens à du sang pris dans le cœur; et il a constaté que ces deux substances se ressemblent tellement, qu'il est quelquefois presque impossible de les distinguer l'une de l'autre.

« 3.° Dans les fièvres graves, la matière saline paraît être épuisée avant de pénétrer dans le torrent de la circulation; le sang perd sa saveur salée; la couleur noire de ce liquide en est une preuve certaine. »

4.° Le sang, quoique *dissous*, n'est pas putride; mais l'auteur regarde cette dissolution comme le premier pas vers la putréfaction. Il considère cet état du sang comme la cause et non l'effet de la mort, car il existe quelquefois pendant la vie; mais il pense qu'il est l'effet et non la cause de la fièvre. D'après cette opinion, M. Stevens était naturellement conduit à chercher s'il n'existerait pas quelque agent capable d'empêcher ce changement. On a observé que les substances salines sont, en général, antiseptiques; pendant la fièvre leur proportion diminue; donc on est porté à croire que leur usage dans ces cas peut être avantageux. L'auteur en a fait l'expérience, et après des essais multipliés, il est demeuré convaincu que les sels, convenablement administrés, ont une *action spécifique* qui prévient la dissolution du sang. D'après ces résultats, et se rappelant que différens sels neutres pénètrent dans le sang sans avoir subi de changement, M. Stevens a examiné les effets de ces substances et de plusieurs autres sur le sang, en les mêlant à ce liquide encore chaud et fluide. Il est résulté de ces expériences :

1.° Que, règle générale, les acides rendent le sang plus noir, et cela en proportion de leur force. Lorsqu'on mêle un des acides puissans avec un peu d'eau, et qu'on verse ce mélange dans du sang récemment tiré des vaisseaux, la couleur de ce liquide change immédiatement du rouge au noir. Les acides végétaux eux-mêmes produisent cet effet;

2.° Que les alcalis donnent lieu à un semblable changement, quoique à un moindre degré;

3.° Que les sels neutres donnent immédiatement au sang veineux une brillante couleur écarlate; cet effet a lieu même lorsque la base est un peu en excès, comme dans le sous-carbonate de soude;

4.° Que le sang noir et altéré lui-même, pris dans le cœur d'individus morts de la fièvre jaune, reprend une brillante couleur rouge lorsqu'on le traite par les sels neutres.

Le docteur Stevens annonce ensuite qu'il se propose de traiter plus amplement ce sujet dans un ouvrage qu'il est sur le point de publier, et dans lequel il essaye de prouver que le noir est la teinte naturelle de la matière colorante du sang, et que les diverses propriétés de ce liquide dépendent de la proportion et de l'état des matières salines dont il est imprégné. L'auteur soutient que dans les fièvres violentes, même lorsqu'on emploie les moyens convenables, des changemens chimiques s'opèrent néanmoins fréquemment dans le sang, *et ces changemens sont presque toujours la seule cause de la mort*. On assure que cette altération du liquide circulatoire dans les fièvres des pays chauds se présente aussi dans celles de nos pays, quoiqu'elles soient moins graves; c'est ce que prouvent les expériences du docteur Reid Clanny, de Sunderland (1). Quoi qu'il en soit, lorsque, dans la première période de la maladie, on met en usage les moyens convenables pour *protéger les organes*, et qu'ensuite on a recours aux substances salines et à une diète appropriée, on prévient ordinairement le développement des symptômes graves. Les médicamens salins agissent, à ce qu'on croit, en empêchant la *dissolution* du sang, jusqu'à ce que la fièvre cesse. M. Stevens assure qu'une méthode de traitement basée sur ces observations a remarquablement réussi entre ses mains et celles de plusieurs autres praticiens. Ainsi, dans l'épidémie qui a régné à la Trinité en 1828, les malades, saignés et purgés copieusement dès le début de la maladie, ont été mis ensuite à l'usage des sels neutres et du quinquina pendant la convalescence, et au rapport de M. Greatrex, l'un des correspondans de notre auteur, on n'en a pas perdu un seul sur 340 plus ou moins gravement affectés.

(1) Voy. *Archives gén. de Médecine*, tome XVIII, page 289.

Au contraire, on affirme que les émétiques, le calomélas, l'antimoine, l'opium et les acides, ne faisaient qu'aggraver le mal au lieu de le diminuer, et augmentaient sensiblement la proportion de la mortalité. « Depuis, dit-il en terminant son mémoire, que ce mode de traitement a été adopté et suivi, la fièvre jaune a perdu en grande partie la terreur qu'elle inspirait à si juste titre. (*The London med. and phys. Journal.* Juin 1830.)

Maladies de la moelle épinière chez le cheval; *par M. Bouley jeune.* — L'anatomie humaine a plus d'une fois emprunté des lumières à l'anatomie des animaux; la pathologie peut aussi puiser dans l'histoire des altérations organiques qu'ils sont susceptibles d'éprouver, des preuves qui confirment l'exactitude du diagnostic des mêmes lésions chez l'homme. Le mémoire de M. Bouley offre, sous ce rapport, des rapprochemens intéressans dont on pourra juger par le résumé suivant.

La paralysie des membres abdominaux est quelquefois, chez le cheval, le résultat d'une lésion traumatique du cordon rachidien; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est la conséquence d'une altération spontanée de la moelle épinière ou de ses membranes. Dans cette dernière circonstance, la paraplégie se manifeste d'une manière presque *foudroyante*, et sans qu'aucun signe ait pu faire soupçonner son approche. Elle se montre ordinairement pendant le travail ou immédiatement après; elle frappe les animaux de tous les âges, mais particulièrement les chevaux jeunes, forts et vigoureux, employés à des travaux pénibles, notamment les *limoniers*. Le cheval atteint de cette maladie devient tout-à-coup boiteux d'un membre postérieur, sans causes apparentes : la douleur qu'il ressent est tellement aiguë, qu'il ne peut garder un seul instant la même position. Bientôt le membre opposé au premier malade est frappé de la même manière; l'anxiété de l'animal est alors à son comble; il se porte en avant en fléchissant les membres postérieurs; il marche sur ses boulets d'un pas incertain et avec rapidité, pour éviter une chute qu'il sent inévitable; enfin il s'accroupit, et finit par tomber. A compter de ce moment il fait de violens et inutiles efforts pour se relever; quelquefois cependant il y parvient, mais c'est toujours pour éprouver à l'instant même une nouvelle chute. Souvent il se place sur ses fesses, reste une ou deux minutes dans cette position, ou se traîne quelques pas en avant par l'action seule des membres qui jouissent alors de tous leurs mouvemens.

Les fonctions digestives ne paraissent pas sensiblement altérées, et malgré ses vives souffrances l'animal conserve ordinairement son appétit un ou deux jours. Ce symptôme, que M. Bouley considère comme pathognomonique, pourrait peut-être aider à distinguer la

paraplégie spontanée, de ces paralysies passagères déterminées par les indigestions, ou des rétentions d'urine qui sont, suivant lui, toujours accompagnées d'inappétence. Il n'y a ni constipation, ni rétention d'urine, cependant l'expulsion de ce liquide et la défécation s'effectuent péniblement. Il existe toujours des sueurs partielles ou générales, les évacuations sont rares et coiffées, et les urines plus ou moins foncées. La respiration est d'autant plus précipitée que l'animal se tourmente davantage. Le pouls ne présente pas de caractère constant; il est généralement plein, dur et accéléré, quelquefois petit, prompt et peu développé ; quelquefois, mais rarement, il est dans l'état normal.

On ne remarque aucun trouble appréciable dans les fonctions sensoriales. Les mouvemens des membres postérieurs deviennent bientôt presque nuls ; la sensibilité de ces membres n'est ordinairement point altérée dans le principe de la maladie ; ce n'est qu'à la longue qu'elle diminue, et finit par disparaître entièrement. Quelquefois pourtant ce phénomène n'a pas lieu ; il y a seulement perte du mouvement et conservation du sentiment. Dans d'autres cas, au contraire, il y a intégrité du mouvement et anéantissement de la sensibilité. Enfin, le plus souvent on remarque la perte simultanée de ces deux facultés. Les altérations organiques qu'on rencontre ordinairement dans ces circonstances, expliquent ces divers phénomènes morbides.........

Tels sont les principaux symptômes que présentent les chevaux atteints de paraplégie spontanée. Si un traitement rationnel n'est promptement mis en usage et suivi de succès, cette affection fait des progrès rapides, et l'animal se trouve bientôt dans un état désespéré. C'est malheureusement ce qui arrive presque toujours. Ordinairement les animaux périssent du 2.e au 3.e jour; quelques-uns même sont enlevés en douze ou quinze heures, tandis que d'autres résistent jusqu'au 6.e ou 8.e jour. Dans ces fâcheuses circonstances, la paralysie semble s'étendre d'arrière en avant, et envahir les muscles respiratoires. L'appétit cesse, l'anxiété augmente, les sens deviennent obtus, le pouls faible et accéléré, la respiration prompte et pénible, une sueur générale inonde le corps, les forces s'éteignent graduellement, et l'animal expire après s'être débattu pendant long-temps.

En résumé, il a semblé à M. Bouley que les animaux qui succombaient, soit aux congestions, soit aux méningites rachidiennes, éprouvaient des douleurs violentes, une agitation continuelle et des mouvemens convulsifs qu'on n'observait qu'à des degrés bien inférieurs chez ceux où la moelle épinière était isolément affectée. Voici les conclusions générales que l'auteur déduit de nombreuses observations :

1.° Les affections aiguës de la moelle épinière et de ses enveloppes sont fréquentes chez le cheval ; 2.° ces maladies sont rarement isolées; 3.° elles se manifestent par des symptômes généraux, et aucun signe particulier ne les différencie ; 4.° elles peuvent occuper toute l'étendue de l'appareil spinal, ou seulement quelques-uns de ses points ; 5.° la région dorso-lombaire est leur siége le plus ordinaire, et alors une paraplégie plus ou moins complète en est le signe constant ; 6.° ces maladies frappent les chevaux de tous les âges, mais surtout les animaux jeunes, forts et vigoureux, soumis à des travaux pénibles, notamment les *limoniers ;* 7.° aucun signe précurseur n'annonce leur approche ; 8.° leur début est ordinairement brusque, et leur marche toujours rapide ; 9.° les causes qui les font naître sont souvent inconnues ; 10.° ces affections, constamment graves, résistent souvent à la méthode curative la plus rationnelle ; 11.° elles paraissent toujours être de nature inflammatoire, chez le cheval ; 12.° enfin, le traitement antiphlogistique est le seul qu'on doive leur opposer. (*Recueil de Méd. vétérinaire*, année 1830.)

De la fausse cataracte, ou des pseudo-membranes que laisse a sa suite l'ophthalmie interne, *par M. Boudant.* — *Obs.* I.re — Dans le mois d'avril 1829, M. de R....., jeune homme fort et bien constitué, eut, en chassant, l'œil gauche violemment frappé par une branche d'arbre ; aussitôt douleur vive, éblouissement, obscurcissement de la vue, etc., ensuite inflammation du globe de l'œil tout entier ; elle est traitée par les antiphlogistiques, mais d'une manière peu énergique et sans qu'il se soit fait d'épanchement de sang ou de pus. Quand les symptômes phlegmasiques se furent un peu dissipés, on aperçut dans la chambre postérieure de l'œil un nuage blanchâtre qui, traversant la pupille, s'étendait un peu dans l'antérieure, et s'opposait à la vision. Les meilleurs praticiens du pays furent consultés et ne s'accordèrent point sur la nature de la maladie ; les uns crurent à une vraie cataracte, les autres à une taie sur la cornée, etc. La vue ne s'améliorant pas, M. de R..... vint à Paris et consulta les chirurgiens les plus renommés de la capitale. Son œil était sans rougeur, sans tuméfaction ni douleur ; jusqu'à l'ouverture pupillaire, la transparence était parfaite ; mais à la moitié inférieure de cette ouverture, et dans la chambre postérieure, on voyait une espèce de fumée ou de nuage blanc nacré adhérent à la partie inférieure, libre en haut et s'introduisant par la pupille dans la chambre antérieure. Ce phénomène était surtout très-visible lorsque, par l'effet de l'application d'un peu d'extrait de belladone, l'iris se relâchait. La vision était presque complétement perdue. Cependant, à la partie supérieure du nuage, on put encore apercevoir le tiers supérieur du cristallin et de sa capsule, sains dans cet endroit, et très-probable-

ment partout. Les instillations de belladone entre les paupières, les fumigations de plantes a[illegible]
produit d'amélioration sensible, et [illegible]
dans le même état qu'il y a un an.

Obs. II.e — Dans le mois de septembre 1829, un cordonnier, âgé de 50 ans, se présenta à la consultation de M. Dupuytren pour se faire traiter d'un iritis à l'œil gauche; huit jours auparavant, l'alène dont il se servait pour travailler s'étant brisée, la pointe s'introduisit dans la sclérotique et piqua l'iris : aussitôt un épanchement de sang eut lieu dans les chambres. L'humeur aqueuse devint trouble, rouge, la vision impossible, et tous les symptômes de l'iritis ne tardèrent pas à se manifester : trois jours après on fit l'extraction du corps étranger, et on appliqua huit sangsues à la tempe. L'inflammation n'en continua pas moins sa marche, et quand cet homme alla consulter M. Boudant, elle était sur son déclin : cependant l'œil était encore très-sensible à la lumière, l'iris rouge, jaunâtre et saillant en avant. Dans l'humeur aqueuse roussâtre, on commençait à voir une fumée nébuleuse si mince, qu'une grande attention était nécessaire pour l'apercevoir, et qu'on ne pouvait mieux la comparer qu'à l'énéorême qui se forme quelquefois dans les urines. A mesure que la matière colorante du sang a été absorbée, l'humeur aqueuse, devenue plus transparente, a laissé plus facilement distinguer ce nuage. Il adhère à la partie inférieure de l'iris, remplit la chambre postérieure et s'introduit facilement par la pupille dans la chambre antérieure. Malgré les antiphlogistiques, les dérivatifs et les purgatifs, on ne pût empêcher cette fausse membrane de continuer à se former; seulement l'inflammation se dissipa, et la vue resta confuse.

Obs. III.e — Un fragment de bois s'introduisit dans l'œil gauche d'un peintre en bâtiment, âgé de 30 ans; par sa présence, il détermine une inflammation violente de l'iris qui se termine par suppuration; le pus épanché trouble l'humeur aqueuse; celle-ci, peu à peu, devient transparente et laisse apercevoir une production membraneuse d'une ténuité extrême, libre et flottante dans certains endroits, adhérente dans d'autres, s'approchant tantôt de la cornée, et tantôt de l'ouverture pupillaire. Elle adhère légèrement à la partie antérieure et supérieure de l'iris, ainsi qu'à quelques points de la membrane de Dessemet : dans ses mouvemens on voit des intervalles par lesquels peut pénétrer la lumière : aussi le malade aperçoit-il encore quelquefois les objets en introduisant de l'extrait de belladone entre les paupières; la pupille s'aggrandit et laisse plus facilement passer les rayons lumineux. On voit aussi dans ce mouvement que le cristallin et sa capsule sont transparens. Un séton à la nuque, des pilules de calomel et d'extrait de belladone, des pédiluves sinapisés,

des frictions sur le sourcil et la paupière avec un peu d'onguent mercuriel, ne procurèrent aucune amélioration. Le malade refusa de se soumettre à une opération que voulait lui pratiquer M. Sanson. Ce chirurgien aurait fait la section de la cornée comme pour l'opération de la cataracte; puis il aurait détaché la fausse membrane de ses adhérences, et en aurait fait l'extraction.

M. Boudant pense que, dans les cas semblables aux deux derniers qui viennent d'être rapportés, la fausse membrane n'est que le résultat d'une transformation que subissent le sang ou le pus épanchés, le résidu de ces humeurs, que l'absorption n'a pu faire disparaître en entier. Mais ne serait-il pas plus naturel de penser que, chez le dernier malade, le même acte inflammatoire qui a produit du pus a pu produire en même temps une fausse membrane qui n'est devenue visible que quand l'humeur aqueuse a eu repris sa transparence? Et n'est-il pas probable que la même chose a eu lieu chez le précédent? Car ce nuage si léger qui est resté dans l'œil du cordonnier ne ressemble guère au résidu fibrineux d'un épanchement sanguin qui résiste à l'absorption. (*Revue Médicale*, juin 1830, p. 416.)

Tumeur fibreuse de la cinquième paire de nerfs, simulant un polype du nez. — *Observation recueillie par le docteur Del Greco.* — Un forgeron, âgé de 25 ans, ressentit, au commencement de 1817, tous les symptômes habituels qui dénotent un polype des fosses nasales. L'affection existait du côté gauche. Indépendamment de la difficulté du passage de l'air par la narine de ce côté, il s'était développé en même temps *une tuméfaction indolente de la joue correspondante, qui se dissipa ensuite peu-à-peu.* Dans le cours du mois de juin, le docteur Del Greco tenta l'extraction de la tumeur par arrachement; il la saisit à plusieurs reprises avec des pinces de différentes dimensions, mais toutes ses tentatives furent sans résultat. Au mois d'août, l'opération fut renouvellée, et les essais d'extraction furent également inutiles; le professeur Menici, qui assistait le docteur Del Greco, ne réussit pas mieux. A chaque traction qu'on opérait sur la tumeur, il semblait au malade *qu'on lui entraînait en même temps la joue et l'oreille gauche.* Deux heures après qu'on eût cessé toutes tentatives d'arrachement, *il survint un gonflement de la joue gauche* qui se dissipa le lendemain avec la douleur qui était résultée de l'opération. Enfin, une troisième tentative d'arrachement fut pratiquée de la même manière au mois de septembre suivant, par le professeur Vacca Berlinghieri. Elle n'eut pas plus de succès que les précédentes, et six jours après le malade succomba avec tous les symptômes d'une inflammation cérébrale qui résista au traitement antiphlogistique le plus énergique.

A l'autopsie cadavérique, on trouva une inflammation avec exsu-

dation puriforme à la base du cerveau : quant à la tumeur des fosses nasales, voici ce qu'on observa. Immédiatement après sa sortie du crâne par le trou rond, la seconde branche de la cinquième paire augmentait immédiatement de volume, et formait une tumeur fibreuse divisée en cinq lobes, dont les deux plus gros avaient chacun le volume d'un noyau de pêche; les trois autres étaient plus petits, et l'un d'eux pénétrait dans l'orbite par la fente sphéno-maxillaire. Cette masse fibreuse occupait la fosse temporale profonde placée entre l'arcade zygomatique, l'os de la pommette, l'aile externe du sphénoïde, et la face postérieure de l'os maxillaire supérieur. La tumeur se prolongeait ainsi jusqu'au rebord alvéolaire au-dessus des dernières dents molaires. Là elle se rétrécissait, pénétrait dans le trou sphéno-palatin qui était dilaté au point d'admettre le petit doigt, et arrivée dans la fosse nasale correspondante elle se renflait de nouveau, formant ainsi la tumeur mobile qu'on avait prise pour un polype. Aucun des prolongemens de cette masse fibreuse ne se confondait, à proprement dire, avec les nerfs fournis par la seconde branche de la cinquième paire : elle naissait évidemment du névrilème de ce tronc nerveux, et suivait le trajet de ses principaux embranchemens.

Le docteur Del Greco considérant les accidens graves qui pouvaient résulter du déchirement des branches de la cinquième paire, si la tumeur eût été extraite par arrachement, ainsi qu'on avait tenté de le faire, pense que ce mode d'extirpation serait funeste dans un cas semblable. On peut ajouter que malgré l'obstacle insurmontable que formait la tumeur par son renflement, immédiatement avant de pénétrer dans le trou sphéno-palatin, les tractions qui furent exercées sur elle n'ont pas moins suffi pour déterminer de proche en proche l'inflammation des méninges et de la base du crâne, et consécutivement la mort. Quant aux symptômes propres à faire distinguer une altération de ce genre d'un polype fibreux des fosses nasales, notre auteur reconnaît qu'il n'en existe aucun; mais il conclut, d'après ce qui s'est présenté ici, que lorsqu'on éprouve une grande resistance pour l'extraction d'un polype fibreux, il serait plus prudent de ne pas employer l'arrachement, mais l'excision du pédicule, soit par la ligature, soit par l'instrument tranchant. (*Société médico-physique de Florence*, séance du 1.er juillet 1829, procès-verbal inséré dans les *Annali univers. di Med.*, février 1830.)

Sur les abcès de la membrane pituitaire; *par M. Arnal*, *interne à l'hôpital Saint-Louis*. — *Obs.* I.re — Le nommé P..... se présenta le 2 mai dernier, à la consultation de M. J. Cloquet, avec une lettre d'un médecin célèbre qui le lui recommandait, et qui lui annonçait un polype muqueux des fosses nasales. Le malade, jeune encore, était

en effet porteur de deux tumeurs qui faisaient saillie dans chaque narine ; leur forme était irrégulièrement arrondie, et la portion de la membrane pituitaire qui les recouvrait était évidemment amincie et moins colorée que les autres points des fosses olfactives. Elles étaient situées sur la cloison et se correspondaient parfaitement par leur base. La douleur y était à-peu-près nulle, même en les comprimant; mais la respiration nasale était embarrassée, presque impossible, et partant l'olfaction suspendue. Ces deux petites tumeurs étaient mollasses; les os du nez étaient ou plutôt paraissaient écartés. « Certes, dit M. Arnal, tout le monde, à la vue de ces phénomènes, aurait reconnu là des polypes ; j'en étais moi-même si convaincu, que je me disposais déjà à aider à en faire l'arrachement. Cependant M. J. Cloquet, instruit à douter par des exemples antérieurs, jugea que le diagnostic était plus obscur qu'on ne l'avait cru. Il examina les tumeurs avec le plus grand soin, il interrogea les antécédens, et il assura que c'étaient deux abcès. Un bistouri à lame étroite fut introduit dans chaque narine ; la pointe en fut tournée tour-à-tour sur chaque tumeur, et l'incision en ayant été faite, le pus coula et fut très-visible, quoique l'aspect en fut un peu dérobé par le sang qui jaillissait en abondance. Les deux poches ayant été vidées, elles s'affaissèrent, et, à leur place, se trouvait seulement un léger boursoufflement de la membrane muqueuse. M. J. Cloquet, s'appuyant sur ce qu'il avait déjà observé, annonça que le cartilage médian devait être perforé, soit par le pus, soit que le travail inflammatoire eût débuté par lui ; et, en effet, un stylet recourbé qui fut introduit par l'une des ouvertures, sortit par l'autre avec la plus grande facilité. L'écoulement du sang s'arrêta bientôt, et le malade put librement respirer par le nez. M. Cloquet comptait sur une guérison complète dans deux jours; mais au bout de ce temps le malade se représenta et montra au chirurgien deux nouvelles tumeurs. On reconnut que le mal s'était reproduit, parce que l'incision trop peu étendue avait permis aux lèvres de la plaie de se réunir trop tôt. Deux nouvelles incisions plus grandes furent faites, et le malade a guéri en effet peu de temps après et radicalement.

Obs. II.ᵉ — M. J. Cloquet avait déjà vu deux autres cas du même genre. Il y a vingt ans, un malade se présenta à lui, lorsqu'il était à Rouen, et, comme le précédent, il portait deux tumeurs au même endroit : elles avaient encore été prises pour deux polypes muqueux. Les tumeurs étaient bien plus volumineuses que dans le cas précédent; on aurait dit deux polypes pédiculés : l'une et l'autre, en effet, faisaient saillie au-dehors et bouchaient entièrement les ouvertures du nez. Celui-ci était plus volumineux que d'habitude, épaté, élargi à la racine. Le malade, sujet au coryza, en avait un

plus violent que d'ordinaire, et c'était à sa suite que s'étaient formées, lentement il est vrai, les deux tumeurs en question. En les pressant, on semblait en diminuer le volume; mais elles le reprenaient aussitôt que la compression cessait. Enfin, M. J. Cloquet, ayant cru reconnaître une légère fluctuation, y plongea un bistouri : du pus s'écoula abondamment, et les tumeurs disparurent. Quelques jours suffirent pour obtenir la cicatrisation des deux petites plaies; la membrane boursoufflée s'affaissa, et tout rentra dans l'ordre. Il faut ajouter que les deux tumeurs communiquaient l'une avec l'autre, et que conséquemment la cloison était perforée.

Enfin, M. J. Cloquet a observé un autre cas en tout semblable aux précédens, si ce n'est que les tumeurs étaient situées sur un point plus postérieur de la cloison. (*Journal Hebdom.*, N.° 91, p. 544.)

Empoisonnement par le sous-nitrate de bismuth. — *Observ. par le docteur J. Kerner, de Weinsberg.* — Un homme de 40 ans, très adonné à la boisson, était sujet au pyrosis qu'il calmait habituellement avec un mélange de magnésie et de crême de tartre. En manquant un jour (le 14 mai), et n'en trouvant pas chez le chirurgien de l'endroit qui le lui fournissait de coutume, il en fit demander chez le barbier du village voisin; mais celui-ci envoya, au lieu de magnésie, une poudre blanche qu'il prit pour elle, et qui n'était autre chose que du magistère de bismuth, et cette substance fut aussitôt prise par le malade, à la dose de deux gros environ, en suspension dans un verre d'eau, avec la crême de tartre. L'ingestion de ce mélange fut suivie immédiatement d'ardeurs à la gorge; bientôt des vomissemens et des déjections alvines se manifestèrent, et ces symptômes, qui durèrent toute la nuit, furent combattus seulement par le lait de vache et l'émulsion d'amandes.

Le lendemain, M. Kerner fut appelé et trouva, à son arrivée, le malade en proie à des nausées terribles, et rendant une matière brunâtre par le vomissement et des matières liquides par les selles. Le pouls était petit, intermittent; la face était pâle et froide, ainsi que tout le corps; tous les muscles, spécialement ceux des extrémités inférieures, étaient contractés spasmodiquement, et le malade se plaignait surtout de ces spasmes; l'arrière-bouche et la luette étaient enflammées, la déglutition ne s'exécutait que difficilement, le pharynx était le siège d'une douleur brûlante; la membrane pituitaire était desséchée, un enduit jaune sale recouvrait la langue; enfin une saveur rebutante et une soif inextinguible se faisaient constamment sentir.

Les vomissemens n'ayant pas cessé depuis onze heures, M. le D.r K. jugea qu'il n'y avait plus lieu à expulser des voies digestives

la substance vénéneuse, et qu'il fallait seulement appaiser les accidens consécutifs; dans cette intention, il prescrivit les mucilagineux, l'albumine avec l'eau sucrée, le lait, etc. Mais le malade ne voulut prendre autre chose que de l'émulsion, et ensuite de la limonade qu'il ne trouva jamais assez froide. On donna en outre des lavemens émolliens, on fit boire une émulsion de semences de pavot avec addition de laudanum de Sydenham, et on mit le malade dans un bain chaud. Ce dernier moyen produisit surtout de bons effets, car les douleurs spasmodiques se calmèrent, et le pouls se releva. Les vomissemens cessèrent; cependant les autres accidens allèrent croissant; les douleurs du pharynx devinrent plus fortes, et la difficulté d'avaler plus grande, les nausées, le hoquet, la saveur métallique persistèrent, le pouls s'accéléra, la face, les mains se tuméfièrent, le ventre se météorisa, la peau devint brûlante, et la respiration pénible, la vue s'obscurcit, la paume des mains et la plante des pieds furent le siége d'une sécheresse considérable accompagnée d'une forte tension, la salive prit un aspect brunâtre, et les renvois, ainsi que les selles liquides, se firent remarquer par leur odeur insupportable; quelques indices de *delirium tremens* furent observés, et les urines cessèrent d'être rendues jusqu'au 21 mai, non qu'il y eût rétention, mais parce que les reins n'en sécrétaient point, et que la vessie n'en contenait pas une goutte. On recourut successivement aux applications de sangsues au cou, à la saignée du pied, aux cataplasmes et aux frictions calmantes sur le bas-ventre, aux frictions d'huile de térébenthine sur la région des reins, à l'infusion d'arnica, au musc; tous ces moyens furent employés sans succès, et le malade succomba dans la nuit du 22 au 23 mai, neuf jours après l'ingestion du poison.

A l'autopsie, on trouva des lésions dans toute l'étendue du canal digestif, depuis l'arrière-bouche jusqu'au rectum; le nombre d'intervalles sains était très petit. Les amygdales, la luette, la base de la gorge, l'épiglotte, la membrane interne du larynx étaient gangrénées. L'œsophage présentait une couleur livide sans traces d'inflammation. L'estomac était fortement enflammé, surtout dans son grand cul-de-sac; la muqueuse était comme macérée, et se détachait avec la plus grande facilité de la tunique nerveuse qui était pleine de papilles d'un rouge pourpre. Tout le canal intestinal, fortement distendu par des gaz, était plus ou moins enflammé ou gangréné; la gangrène se remarquait surtout vers le rectum; d'ailleurs la muqueuse se détachait dans tous ses points avec la plus grande facilité. L'extrémité inférieure de la moelle épinière et l'intérieur des ventricules du cœur étaient également enflammés. Les poumons étaient sains, mais la trachée était parsemée de points noirâtres. Il n'y avait

rien d'anormal dans l'encéphale ni dans les reins. (*Heidelberg. Klinische Annalen*, t. V, p. 248.)

Syphilis congénitale. — M. le professeur Haase, ainsi que quelques auteurs anciens et modernes, qui disent avoir observé la syphilis immédiatement après la naissance, et dans des cas où les parties génitales de la mère étaient exemptes de toute infection syphilitique, pense que cette maladie peut être congénitale chez les nouveaux-nés, et cite à l'appui de cette opinion les deux observations suivantes tirées de sa pratique.

I.re *Obs.* — Un enfant présenta, au moment où il vit le jour, des symptômes manifestes de syphilis, et bientôt il communiqua ce mal à sa nourrice et à sa garde. La mère, qui avait eu déjà trois enfans, n'était point syphilitique; le père avait eu, peu de temps avant son mariage, une gonorrhée qui avait laissé un gonflement de la prostate, mais jamais de syphilis proprement dite.

II.e *Obs.* — L'épouse d'un homme qui avait eu des chancres au gland, et qui avait encore une angine syphilitique, eut, dans la première moitié de sa grossesse, une leucorrhée vénérienne, des chancres et des condylômes aux parties génitales, dont elle fut guérie, en même temps que son mari, avant la seconde moitié de sa grossesse : elle accoucha, au huitième mois, d'un enfant mort, putréfié dans toute l'étendue du corps, et en partie dépouillé de son épiderme. Il en fut de même dans une seconde et une troisième grossesses. Au neuvième mois de la quatrième, elle accoucha d'un enfant hydrocéphalique et paralysé du côté gauche : cet enfant, dont la peau offrait çà et là des taches pourprées, mourut à l'âge de six mois, par suite d'ulcération des ganglions mésentériques. La même femme accoucha ensuite, avant terme, d'une fille qui fut très-sujette à *l'intertrigo* et à la *croûte serpigineuse*; lorsqu'au troisième mois, les lèvres et la face de cette enfant étaient couvertes de croûtes et d'ulcérations, il survint aux mamelons de la nourrice plusieurs ulcérations qu'on chercha à guérir par des remèdes domestiques, et il en résulta des affections syphilitiques de la peau et de la gorge. Au bout d'un an, la même femme accoucha, à terme, d'un garçon dont la peau présentait un aspect livide et d'un rouge foncé; cet enfant ne tarda pas à succomber. Enfin, elle donna encore le jour à un garçon qu'elle allaita elle-même, et qui se trouva affecté, dans sa seconde année, de scrofules et de croûte serpigineuse.

Ces exemples, suivant M. Haase, sont surtout remarquables en ce que, depuis plusieurs années, les parens de ces enfans syphilitiques étaient en apparence exempts de syphilis, et se portaient assez bien. Il en tire cette conclusion, que la disposition ou diathèse syphilitique peut se communiquer par hérédité, de la même manière que

la disposition aux scrofules et à d'autres maladies, et qu'il n'est pas besoin d'une transmission matérielle : il croit même que l'enfant d'un homme atteint de cette affection, peut l'apporter en naissant sans que la mère en ait été infectée. (*Allgemein. Mediz. Annal.*, février 1829, p. 194.)

Thérapeutique.

EFFETS DU CONTACT AVEC LES BARRES MÉTALLIQUES DANS LA CATALEPSIE. — M. le docteur Sachse, médecin à Ludwigslust, ayant eu à donner des soins à une jeune fille cataleptique, annonce que l'action des baguettes de fer paraît avoir eu une grande part dans la guérison de la maladie. Les essais tentés avec l'argent n'ont eu aucun résultat; l'or a exercé quelque effet, mais à un degré bien moindre que le fer. Lorsque, pendant les accès de la maladie, on passait successivement la tige métallique sur les membres contractés spasmodiquement, les muscles se relâchaient aussitôt, et la malade pouvait étendre ses membres dont les articulations faisaient entendre des craquemens. C'est de cette manière que M. Sachse a pu abréger les accès de la catalepsie; la malade s'est réveillée toutes les fois qu'il l'a soumise à l'action galvanique de la tige métallique; mais son réveil n'était que passager, elle se rendormait promptement, et le sommeil durait aussi long-temps qu'aurait duré l'accès (deux heures), s'il n'avait pas été interrompu. L'action des métaux sur les yeux a surtout été remarquable; aussitôt que les paupières furent touchées avec l'extrémité de la tige de fer, elles commencèrent à trembler, la pupille se resserra, et les yeux se fermèrent doucement. Une tige d'or produisait dans les yeux un sentiment de faiblesse accompagnée d'une grande sensibilité dont la malade se plaignait toute la journée; l'emploi de la baguette de fer n'était jamais suivi d'un pareil effet. Mais l'action de ce dernier métal sur la membrane muqueuse nasale était des plus singulières, tant elle était violente. Il en résultait chaque fois des douleurs très-vives et des convulsions qui aggravaient l'accès; il suffisait même d'approcher la tige métallique pour donner lieu à des accidens. (*Archiv. fuer Mediz. Erfahr.*, 2.e cahier, 1829, p. 249.)

EFFETS DE LA SAIGNÉE DANS LA SCARLATINE. — Le docteur Mührbeck pense que la saignée peut supprimer la scarlatine pour un certain temps, mais ne la guérit point, et il cite à l'appui de cette opinion l'observation suivante : une petite fille, âgée de six ans, et jouissant d'une santé habituellement bonne, fut prise, le 16 décembre 1828, d'une fièvre très-forte, avec gonflement du cou, douleur vive de la gorge, rougeur des yeux, vomissemens fréquens, et coloration rouge très-intense de la face; quelques stries de même nuance se voyaient

çà et là sur la poitrine et les membres; en un mot, l'enfant présentait tous les symptômes qui annoncent l'invasion de la scarlatine, maladie qui régnait alors dans l'endroit. Une saignée générale de six onces fut pratiquée, et une poudre composée de proto-chlorure de mercure et de nitrate de potasse fut donnée à l'intérieur. Ces moyens arrêtèrent aussitôt les accidens, la fièvre diminua, le mal de gorge céda, et, au bout de six jours, on permit à la petite malade de sortir du lit. Néanmoins, il y avait toujours du mal-aise; l'appétit n'était pas revenu, la soif était très-grande, et l'enfant, continuellement chagrine et morose, se plaignait tantôt du retour des douleurs de gorge, tantôt de tiraillemens dans les membres. Cet état resta le même jusqu'au 12 janvier; mais, à cette époque, tous les symptômes précurseurs de la scarlatine reparurent avec une nouvelle violence; l'éruption envahit toute la surface du corps, et s'accompagna d'un délire continu. On recourut une seconde fois à la saignée et au calomel, on appliqua des sangsues à la tête, on pratiqua des affusions; mais ces divers moyens ne furent suivis d'aucun succès, le mal alla croissant, et la petite fille succomba le 17, sixième jour de la rechute. (*Journ. des prakt. Heilkunde*, juillet 1829, p. 123.

Nouveau procédé pour l'opération de l'ectropion; *par le docteur Dieffenbach.* — Le docteur Dieffenbach vient d'inventer le procédé suivant pour l'opération de l'ectropion. On fait à la peau de la paupière malade une incision parallèle au bord de l'orbite. Cette incision doit occuper les deux tiers de la largeur de la paupière, et être située au milieu de celle-ci. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire, on sépare ces parties dans une grande étendue du cartilage tarse; puis on incise la conjonctive parallèlement à la plaie extérieure et dans toute l'étendue de cette plaie. Ensuite on saisit avec des pinces qu'on introduit par la plaie extérieure, le cartilage tarse et la conjonctive qui y adhère, et on les tire entre les lèvres de cette plaie où on les fixe après avoir préalablement enlevé leur surface postérieure non encore entamée, et qui s'opposerait à la cicatrisation. On fixe le tarse et la conjonctive entre les lèvres de la plaie, en traversant toutes ces parties avec des camions et des épingles fixes, à l'aide desquels on fait la suture entortillée. Trois à cinq points de suture suffisent; on commence par celui du milieu. On enlève avec des tenettes les extrémités des aiguilles tout près du fil. Après l'opération, on fait des fomentations froides sur l'œil; plus tard on remplace l'eau froide par l'eau de Goulard. Les premières épingles peuvent être retirées le troisième jour, les dernières le sixième. Le plus souvent la plaie suppure un peu, mais pourvu que les parties profondes se soient réunies, on n'en obtient pas moins la guérison. (*Rust's Magazin*, B. 30, H. 3, 1830.)

Extraction d'un corps étranger engagé dans l'iris; *par le prof. Ammon.* — Un mineur robuste, âgé de 30 ans, sentit, en travaillant dans la mine, son œil frappé par un corps étranger qui occasionna une inflammation violente. Au bout de huit jours le malade consulta le docteur Ammon. Les paupières et la conjonctive étaient peu injectées; mais la sclérotique était enflammée, la cornée bombée et luisante, la pupille immobile et un peu déformée, la couleur de l'iris changée. A la partie supérieure externe de l'iris, on remarquait un point jaune, proéminent, faisant saillie dans la chambre antérieure; la partie correspondante de la cornée paraissait dans l'état normal. Lorsque le malade dirigeait son œil dans cette direction supérieure et externe, la douleur augmentait; elle était également exaspérée par une légère pression exercée sur la paupière à l'endroit correspondant au point jaune de l'iris. Au-dessus de ce point, la cornée examinée à la loupe présentait une cicatrice très-fine. Tous ces symptômes firent reconnaître la présence d'un corps étranger dans l'iris. On résolut d'en faire aussitôt l'extraction, en pratiquant une incision à la cornée comme pour l'opération de la cataracte. Le corps étranger fit dévier le couteau, de sorte que l'excision ne fut pas faite d'une étendue suffisante; M. Ammon l'agrandit à deux reprises avec les ciseaux de Daviel, jusqu'à ce qu'il parvint à retirer le corps étranger. Du sang s'écoula aussitôt en grande abondance, et le malade tomba en syncope; il se remit cependant bientôt. Après qu'on eût fait pendant quelque temps des fomentations sur l'œil avec de l'eau froide à laquelle on avait ajouté une solution d'extrait de belladone, et après qu'on eût saigné le malade et donné une potion nitrée, il s'endormit pour la première fois depuis six jours. La maladie marcha rapidement vers la guérison; huit jours après l'opération, l'inflammation avait disparu, les mouvemens du globe de l'œil étaient libres, et la vue parfaite; il ne restait que la cicatrice de la cornée et une légère déformation de la pupille. (*Graefe und Walther's Journal*, B. 12, H. 3; 1829.)

Extirpation d'une tumeur située dans la région parotidienne, suivie de la paralysie de la face de ce côté; *par Albino Magri, chirurgien à Sorèze.* — Paul Gennaro, âgé de 36 ans, portait depuis douze ans, sur le côté gauche de la face, une tumeur qui avait été long-temps d'un médiocre volume, et le malade s'était plusieurs fois opposé à son ablation, quand un chirurgien lui persuada qu'elle se dissiperait en l'excisant simplement. A cette incision, on ajouta l'application du caustique, et ce traitement fit augmenter singulièrement la grosseur de la tumeur. Six ans s'étaient écoulés sans que le malade eût employé de nouveaux moyens, quand il vint se faire examiner par le docteur Magri. La tumeur commençait dans la ré-

gion temporale à la hauteur de l'arcade surcilière, et se prolongeait en bas à un pouce et demi au-dessous de la mâchoire inférieure, couvrant et comprimant le conduit auditif, tandis que le pavillon de l'oreille était porté en dehors et en arrière; elle s'étendait transversalement de l'apophyse mastoïde à un pouce de la commissure des lèvres. Sa forme était irrégulièrement pyramidale, sa base tournée en haut, et le sommet inférieurement. Sa surface était bosselée, la peau qui la recouvrait avait sa couleur naturelle, et laissait voir de nombreuses veines flexueuses; elle n'était pas douloureuse au toucher, donnait dans quelques points la sensation d'une fluctuation obscure, tandis qu'elle était très-dure dans d'autres. L'examen de l'intérieur de la bouche montrait que cette tumeur n'occupait que l'extérieur de la joue, ce qui en rendait l'ablation moins dangereuse. Le développement ultérieur de la maladie pouvant rendre l'opération impossible plus tard, le docteur Magri détermina le malade à la subir immédiatement : elle fut pratiquée le 27 janvier 1829.

Deux incisions semi-lunaires circonscrivirent la tumeur en avant et en arrière : elles furent faites de manière à conserver le plus possible de peau, afin de recouvrir la vaste plaie résultant de l'ablation de la tumeur : en la détachant de ses adhérences, l'artère temporale fut ouverte et liée; beaucoup d'artérioles fournirent également une grande quantité de sang, dont l'écoulement fut suivi de syncope. La plaie réunie, et le malade porté dans son lit, la connaissance revint, et le malade se plaignit de ne plus éprouver aucune sensibilité dans tout le côté correspondant de la face. La peau pouvait être piquée, coupée, sans qu'il le sentît. Le troisième jour, un érysipèle se développa à la face, et se dissipa les jours suivans sans autres accidens. Le septième jour, la plaie commença à se cicatriser, et le 26 février elle était totalement guérie. La dissection de la tumeur, qui pesait deux livres et demi, fit voir qu'elle était enkystée, formée de lobules distincts composés en partie de tissu adipeux, de tissu squirrheux entremêlé de quelques excavations remplies d'un liquide sanguinolent. Cette masse était adhérente à la glande parotide qui avait été aussi enlevée partiellement, mais dont le tissu n'offrait pas d'altération. Le nerf facial et ses principales branches avait été compris par l'incision.

Les résultats de cette section du nerf facial, après la guérison, furent les suivans : 1.° paralysie des muscles de la face de ce côté, par suite de laquelle la commissure des lèvres est restée déprimée en bas, ainsi que la moitié correspondante de chaque lèvre; l'extrémité du nez déviée à droite, et dans le mouvement de dilatation des narines, la droite seule s'élargit, tandis que l'autre n'éprouve aucun changement; le sourcil gauche ne se meut plus et ne se fronce plus pour proté-

ger l'œil des corps étrangers et d'une trop vive lumière : cette perte de la contractilité a fait disparaître les rides du front de ce côté; 2.° contraction permanente de la paupière supérieure; 3.° prononciation confuse; 4.° diminution de la sensibilité de la peau de tout le côté gauche de la face; 5.° sécheresse de la paroi interne de la joue qui, par cet effet, se colle continuellement contre les gencives et les dents correspondantes, et oblige le malade à l'écarter avec les doigts et à l'humecter sans cesse avec la langue. (*Annali universali di Med.*, décembre 1829.)

IMMOBILITÉ DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE GUÉRIE PAR UN MOYEN MÉCANIQUE. — *Observ. de M. Valentine Mott, professeur de chirurgie à New-York.* — Dans le courant de l'hiver dernier, un jeune homme de la Caroline du Nord, âgé de 21 ans, vint réclamer mes conseils pour une immobilité presque absolue de la mâchoire inférieure. Il n'y avait pas le plus léger mouvement d'abaissement, même par les efforts les plus violens de la main sur le menton. Ce jeune homme était dans cet état depuis environ onze ans, pendant lesquels il lui avait été absolument impossible de mâcher les alimens. Il introduisait toutes les substances solides par une petite ouverture située au côté droit et résultant de l'inégalité des dents petites molaires, qui laissaient entre elles un petit espace. A gauche, dans l'angle de la bouche et vis-à-vis de la première petite molaire, on distinguait, au toucher et même à la vue, une bande dure et résistante qui s'étendait tout le long du bord alvéolaire jusqu'à l'apophyse coronoïde. La consistance de cette sorte de bride était plus que ligamenteuse. Dans toute l'étendue de cette adhérence de la joue aux gencives on n'apercevait plus aucune trace de dents. Le malade assurait qu'anciennement il s'était détaché une portion d'os qui portait les dents. On avait, à plusieurs reprises, coupé cette bride et détruit les adhérences, mais sans parvenir à rétablir les mouvemens de la mâchoire. Comme il existait une légère mobilité latérale, M. Mott conçut l'espérance de parvenir par de puissans efforts à rendre la mâchoire mobile. Le malade, plein de confiance, se prêta de bonne grâce à tout ce que le chirurgien voulait faire. « Je le fis asseoir sur une chaise, dit l'auteur, et je pratiquai une incision depuis l'angle de la bouche du côté gauche jusqu'au bord antérieur de l'apophyse coronoïde, en divisant le tissu de la joue et en détruisant avec soin toute la cicatrice intérieure. Je coupai ensuite les brides qui unissaient les deux mâchoires de manière à les en débarrasser entièrement. J'introduisis alors entre les dents, à l'aide d'une sonde et d'une spatule, un large ruban de fil que je nouai sous le menton. Faisant alors maintenir la tête fixe, j'essayai d'abaisser la mâchoire en tirant sur le lac de toutes mes forces; mais je n'obtins pas le moindre écartement. Dans cet

état des choses, je résolus de faire agir une force plus puissante que la mienne, la vis et le levier. Dans cette vue, j'avais fait construire un instrument composé de deux lames d'acier d'environ trois pouces de long, qui, réunies, avaient la forme d'un coin. A la grosse extrémité était fixée une vis avec une large tête, qui, en jouant, forçait l'extrémité opposée des plaques à s'écarter l'une de l'autre. Je parvins, non sans peine, à insinuer entre les dents du côté gauche cet instrument; après quoi je tournai la vis, et le bruit que fit la mâchoire en s'abaissant fut tel, que plusieurs des assistans s'écrièrent que l'os était fracturé; mais pour moi, ce bruit me parut être celui de ligamens qui se déchirent, et non d'un os qui se brise. La bouche était alors suffisamment ouverte; il s'agissait de l'empêcher de se refermer. La plaie extérieure fut réunie par trois points de suture interrompue et des bandelettes agglutinatives; la bouche fut maintenue ouverte pendant plusieurs jours au moyen de l'instrument fixé convenablement; après quoi on le remplaça par un morceau de bois tendre jusqu'à ce que la plaie fut entièrement réunie. Pendant ce temps on ne donna que des alimens liquides à l'aide d'une cuiller. Aussitôt que la plaie fut guérie on enleva l'instrument, et on ne le replaçait que la nuit; le jour, le malade exerçait sa mâchoire. Pour empêcher les adhérences de la joue avec les gencives, on fit tenir constamment entre cette partie et les dents un morceau d'éponge humide. On fut obligé, pour permettre aux dents de se mettre tout-à-fait en contact, d'arracher la dernière grosse molaire gauche en haut et en bas, et de limer plusieurs des incisives qui étaient d'une longueur démesurée. Peu-à-peu le jeune homme acquit la liberté de mouvoir la mâchoire et de mâcher facilement les alimens; sa prononciation, jusque-là très-confuse, devint aussi beaucoup plus nette. Depuis, j'ai opéré de la même manière, avec le même instrument et avec un égal succès, une personne de la Louisiane. (*The American Journal of the Med. Sciences*; et *The London med. and phys. Journal*. Mars 1830.)

ABLATION DE LA MAJEURE PARTIE DE L'OMOPLATE. — *Observ. de M. Luke.* — Une jeune fille qui paraissait jouir d'une bonne santé fut admise, le 6 octobre 1828, à l'hôpital de Londres pour une tumeur du volume d'une petite orange qu'elle portait à la partie inférieure de la face dorsale de l'omoplate gauche, un peu au-dessus de l'angle inférieur de cet os. Cette tumeur existait depuis peu de temps; elle était molle, élastique, douloureuse au toucher, mais ne présentait pas de traces extérieures d'inflammation. La malade n'éprouvait aucune autre incommodité; elle attribuait l'apparition de cette tumeur à une foulure qu'elle se serait donnée en portant dans ses bras un pesant fardeau. Dans l'espace de quelques jours la maladie fit de

rapides progrès; le volume de la tumeur augmenta d'une manière remarquable. Plusieurs praticiens distingués, consultés sur ce cas, s'accordèrent à penser que c'était un cancer médullaire, et pour dissiper tous les doutes, on pratiqua dans son épaisseur une ponction qui donna issue à de la matière cérébriforme. La tumeur s'étendait alors le long de la fosse sous-épineuse jusque dans l'aisselle. Quels que fussent les dangers que devait présenter son extirpation, on résolut de la tenter, car il n'y avait pas d'autres chances de sauver la vie à cette jeune fille. On la fit coucher sur le côté droit, le bras gauche maintenu relevé par un aide, et on fit comprimer l'artère sous-clavière à l'aide d'un tampon. L'opérateur, placé derrière la malade, commença l'incision à l'aisselle et la prolongea le long du bord axillaire de la tumeur, autour de l'angle inférieur du scapulum, jusqu'à une très-petite distance de l'épine de cet os. La seconde incision fut faite le long du bord inférieur de cette épine. Les muscles qui remplissent les fosses sus et sous-épineuses furent ensuite divisés dans le sens où l'os devait être scié, ce qui fut fait sans éprouver de trop grandes difficulté. L'opérée fut remise au lit, et on lui administra une potion calmante avec l'opium. La tumeur consistait en un cancer médullaire de la substance de l'os, et contenait dans son intérieur plusieurs épines osseuses. On avait enlevé à-peu-près les trois quarts de l'omoplate; on n'avait conservé que la cavité glénoïde, le col, l'acromionn et une partie des fosses. Les muscles qu'on fut obligé de couper sont le deltoïde, le trapèze, l'angulaire; le rhomboïde, le sus-épineux, le sous-épineux, le grand et le petit ronds, le grand dorsal, le grand dentelé, et le sous-scapulaire. La plaie était complètement cicatrisée le 20 janvier, c'est-à-dire trois mois et quatorze jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle pouvait alors mouvoir le bras en avant, mais non en arrière et en haut; la rotation était aussi impossible, et elle ne pouvait soulever que des objets très-légers. Au mois de septembre suivant, les mouvemens du bras étaient beaucoup plus étendus et plus libres qu'on ne pouvait s'y attendre; elle pouvait alors porter le bras en avant et en arrière, en dedans et en dehors, et elle pouvait même l'étendre au niveau de l'autre. Elle soulevait sans difficulté des poids peu pesans; elle éprouvait de la douleur s'ils étaient trop lourds. Les muscles du bras ne sont pas atrophiés, excepté le deltoïde; la cicatrice est solide, mais un peu douloureuse à la pression. La santé de cette jeune fille est, en général, excellente.

M. Copland Hutchison a rapporté, dans le numéro du 28 novembre dernier de la *Medical Gazette*, l'histoire d'une ablation complète du bras, de tout le scapulum et de la clavicule, faite en 1808 sur un homme, par le docteur Ralph Cuming, chirurgien de de l'hôpital maritime d'Antigoa. Cette effrayante opération avait parfaitement

réussi; et l'opéré fut présenté parfaitement guéri au collége des chirurgiens de Londres. (*The med. Gazette*, 21 novembre 1829; et *The London med. and surg. Journal*, janvier 1830.)

DENTS EXTRAITES DU VAGIN; *par le docteur Jasinski*. — Une femme âgée de 28 ans, scrofuleuse dans son enfance, plus tard bien portante et bien réglée, mariée à 18 ans, fut affectée après son quatrième accouchement de fleurs blanches dont l'abondance variait. Les remèdes généraux et locaux étant restés sans effet contre cette affection, on examina les parties génitales. On trouva dans le vagin, une tumeur qui se rompit par la pression, et laissa écouler un liquide puriforme. De la douleur et des accidens spasmodiques s'étant joints à la leucorrhée, on examina de nouveau les parties, et l'on sentit à la partie supérieure gauche du vagin un corps dur qui pendant le coït causait des douleurs au mari. Néanmoins la femme accoucha d'un cinquième enfant qui portait à la joue gauche une excoriation récente. La malade s'étant fait transporter à Varsovie pour se faire guérir, un examen plus attentif fit voir à M. Jasinski et à plusieurs autres médecins, que le corps dur qu'on sentait dans le vagin était situé entre le rectum et le vagin, et qu'il ne faisait saillie dans ce dernier que depuis la déchirure de celui-ci; qu'en outre, les parties molles formaient comme une capsule autour de ce corps. Les accidens occasionnés par le contact des bords aigus de ce corps avec la matrice, engagèrent M. J. à en faire l'extraction : il le saisit d'abord avec des pinces à polypes ordinaires, mais l'instrument glissait toujours. Cinq jours après il se servit de pinces plus fortes avec lesquelles il parvint à arracher une dent molaire bien formée, qui avait trois racines, et dont la couronne était légèrement cariée. Trois autres dents, deux incisives et une molaire, furent encore extraites sans qu'il s'écoulât beaucoup de sang, ni que la malade se plaignit de fortes douleurs. Ces dents paraissaient avoir été implantées dans un os qu'on sentait avec le doigt, mais qui étant fixé trop solidement, et n'étant pas en contact avec le vagin ou l'utérus, fut laissé en place. (*Graefe und Walter's Journal*, B. 12, H. 3, 1829.)

Pharmacologie.

SULFATE DE QUININE. — M. Schweinsberg ayant remarqué que la saveur amère du sulfate de quinine était tellement intense, que l'on ne pouvait parvenir à la corriger à l'aide d'un corps suave, puisque le mélange d'une partie de ce sel avec cent soixante-dix parties de sucre possède encore une amertume très-sensible, a cherché un autre moyen pour arriver à ce résultat. Il a enfin reconnu qu'en mélangeant une partie de sulfate de quinine avec dix ou quinze par-

ties d'une poudre aromatique, par exemple, de valériane, de fenouil, d'anis, d'écorces d'orange, etc., le produit obtenu n'est presque plus amer. Cette découverte est vraiment précieuse, si l'on considère les difficultés que l'on éprouve souvent lorsqu'il s'agit de faire prendre ce sulfate à l'intérieur. (*Geiger's Magaz. fuer Pharm.*, oct. 1829.)

Académie royale de Médecine. (Juillet.)

Séance du 29 juin. — VACCINE. — Tableaux des vaccinations pratiquées en 1829 dans les départemens de la Sarthe, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne. Il y a eu 5810 vaccinations dans la Sarthe, 7,683 sur 11,517 naissances dans Seine-et-Oise, et 4,763 sur 8,873 naissances dans Seine-et-Marne. 8 personnes encore ont eu la variole dans Seine-et-Oise, et une à Paris. Dans Seine-et-Marne, il y a eu 36 varioles, et 8 ont été mortelles.

LITHOTRITIE. — M. Brachet, de Lyon, écrit qu'un médecin de ses amis, M. Charpy, vient de trouver dans Alexandre Benedictus la preuve que du temps de cet écrivain la lithotritie était connue. Au chap. 48.e du 23.e livre, intitulé : *Quâ curatione in vesicæ lapide utendum sit*, après avoir indiqué les différentes substances à l'aide desquelles on a essayé de dissoudre la pierre dans la vessie, l'auteur dit, page 358 : *Cum verò his præsidiis lapis non comminuitur; nec ultro modo eximitur, curatio chirurgica adhibeatur; et per fistulam priùs, quâ humor protusus dolores levet, aliqui intùs sine plagâ lapidem conterunt ferreis instrumentis, quod equidem tutum non invenimus.* Ce passage est clair, dit M. Brachet, *fistulam*, la sonde creuse ou courbe; *intùs*, intérieurement; *sine plagâ*, sans plaie; *conterunt*, brisent, broyent; *ferreis instrumentis*, avec des instrumens de fer. Il n'en reste pas moins à MM. Leroy d'Etiolles et Civiale la gloire d'avoir reproduit une opération qui avait été si oubliée, qu'elle n'était pas même mentionnée dans les plus volumineux traités *ex professo* sur l'opération de la taille. Voici le titre et l'édition de l'ouvrage où M. Charpy a puisé le passage cité : *Alexandri Benedicti Veronensis physici præstantissimi, singulis corporum morbis à capite ad pedes, generatim membratimque remedia, causas, eorumque signa* 31 *libris complexa, prœterea, etc. Venetiis*, 1533, petit in-folio.

PERFORATIONS DU PÉRINÉE DANS L'ACCOUCHEMENT, ET PASSAGE DE L'ENFANT A TRAVERS CES PERFORATIONS. — M. Moreau demande et obtient la parole pour faire une réponse verbale au travail critique qu'a lu dans la dernière séance M. Capuron, sur son mémoire relatif

aux perforations du périnée dans l'accouchement, et au passage de l'enfant à travers ces perforations. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, pag. 282 et 294.) D'abord, M. Capuron a mis en doute le passage de l'enfant à travers la déchirure du périnée, et a contesté, sous ce rapport au moins, les observations qu'avait rapportées M. Moreau. Or, M. Moreau s'applique, en premier lieu, à prouver l'exactitude de ces observations. 1.° Dans celle de M. Evrat, nul doute que l'enfant ne soit passé par la perforation périnéale et non par la vulve, puisque M. Evrat a senti l'enfant sortir par cette voie insolite, puisque l'enfant sorti, mais tenant encore à sa mère par le placenta, c'est par la déchirure périnéale et non par la vulve que passait le cordon ombilical. 2.° Dans les observations de Coutouly et de Joubert, il en a été certainement de même, puisque ces accoucheurs disent avoir effectué la délivrance par la déchirure; eussent-ils agi ainsi si le cordon ombilical n'eût pas été placé dans la déchirure, mais dans la vulve, comme cela eût dû être, si l'enfant y avait passé? 3.° Le cas de la jument de Harvée, quoi qu'en dise M. Capuron, se rapporte à la question agitée; car on n'a pas prétendu que les perforations du périnée se bornaient au centre de cette région; on a reconnu qu'elles s'étendaient plus ou moins loin, soit en avant, soit en arrière, soit latéralement, mais de manière seulement à n'intéresser ni la commissure postérieure de la vulve, ni l'anus. 4.° Envain M. Capuron dit avoir entendu Baudelocque élever des doutes sur le fait rapporté par Nedey: ce célèbre accoucheur a imprimé dans son ouvrage, que ce fait n'avait pu paraître douteux qu'à ceux des membres de l'Académie de Chirurgie *qui ne savaient pas combien le périnée peut prendre de développement dans les derniers temps de l'accouchement*. 5.° M. Capuron oppose au fait de Coutouly, que la femme était, une année auparavant, accouchée naturellement de deux jumeaux; mais M. Capuron aurait dû ajouter que ces jumeaux étaient des avortons de cinq mois. 6.° Enfin, l'observation de Joubert est consignée dans le *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, cahier de janvier 1822, avec des détails qui ne permettent pas de douter que l'enfant ne soit sorti par la perforation périnéale. M. Moreau conclut donc que le passage de l'enfant à travers les perforations du périnée, est déjà un fait incontestable, quelle que soit du reste l'explication qu'on puisse donner de ce fait. M. Moreau répond ensuite aux objections théoriques que lui a faites M. Capuron. La principale est que les observations rapportées par M. Moreau sont incomplètes, par cela seul qu'on n'y a pas mentionné les dimensions de la tête des enfans; la connaissance de ces dimensions est d'autant plus nécessaire pour admettre la possibilité ou l'impossibilité du fait en litige, que, selon M. Capuron, l'accouchement

ne peut aucunement se faire sans le secours du forceps dans les trois dernières positions du sommet, qui sont celles que M. Moreau présente comme prédispositions à la perforation du périnée, à moins que la tête de l'enfant ne soit beaucoup plus petite, ou le bassin de la mère beaucoup plus large qu'à l'ordinaire. Voici ce que M. Moreau répond à ces remarques : 1.° si dans son mémoire il n'a pas à chaque observation rapporté les dimensions de la tête des enfans, c'est que les auteurs auxquels il a emprunté ces observations ne les avaient pas indiquées. 2.° Dans le système de M. Capuron, il ne suffirait pas de connaître les dimensions de la tête des enfans, il faudrait encore connaître celles du bassin de la mère, le degré d'ampleur et de résistance de la vulve, car les conditions de ces parties influent autant sur la facilité et la difficulté de l'accouchement que le volume de l'enfant. 3.° Tout porte à croire que l'enfant ne peut sortir par la perforation périnéale que s'il est d'une taille moyenne ; s'il est trop petit, il sortira par la vulve ; s'il est trop gros, la commissure postérieure de la vulve et l'anus seront compris dans la déchirure du périnée. 4.° Enfin, M. Moreau persiste à soutenir, contrairement à M. Capuron, que dans les deux tiers des cas où l'enfant présente une des positions occipito-postérieures, l'accouchement peut se faire encore par les seules forces de la nature et sans l'emploi du forceps, l'occiput se dégageant dans les derniers temps du travail au-devant du périnée. Sur 20,357 accouchemens, dit-il, qui se sont faits dans l'espace de treize années à l'hôpital de la Maternité, il y en a eu 203 dans ces positions : savoir, 109 dans la quatrième position, 92 dans la cinquième, et 2 dans la sixième. Selon M. Capuron, on aurait dû recourir dans ces 203 accouchemens au forceps, sauf les cas exceptionnels dans lesquels l'enfant aurait été très-petit ou le bassin de la mère trop large. Or, dans cet espace de treize années on n'a employé le forceps à l'hôpital de la Maternité que 96 fois, et sur ses 96 applications de forceps, il y en a eu 80 qui ont été nécessitées par des accidens propres à la mère, hémorrhagies, convulsions, etc., et il n'y en a eu que 14 qui ont été exigées par des positions vicieuses de la tête. Il n'est pas probable que ces 14 positions vicieuses de la tête fussent toutes des présentations de cette partie dans les trois dernières positions du sommet ; mais en admettant qu'il en fût ainsi, il resterait toujours 189 accouchemens, sur ce nombre de 203, dans lesquels la nature se serait suffi. Il est vrai que dans ces accouchemens la tête exécute quelquefois en traversant le bassin un mouvement de rotation tel, que l'occiput qui était d'abord placé en arrière dans le sacrum vient se porter sous la symphyse du pubis ; mais cela n'arrive que par exception ; et en retranchant de ce nombre de 203 ces cas exceptionnels, ainsi que ceux où l'enfant était très-petit, ou le bassin de la

mère très-large, et enfin les 14 cas où le forceps a été employé, il en restera toujours un grand nombre, les deux tiers au moins, dans lesquels l'occiput se sera dégagé de lui-même au-devant du périnée. M. Moreau termine en lisant des passages d'un ouvrage de M. Capuron, desquels il résulte, selon lui, que cet accoucheur admet aussi la possibilité du dégagement de l'occiput au-devant du périnée, lorsque l'occiput répond à l'un des points de la moitié postérieure du bassin.

Convulsionnaires. — Rapport de M. Trannois, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Amiens, à M. le préfet du département de la Somme, sur des filles convulsionnaires de la commune de Baizieux. M. Bricheteau, chargé de l'examen de ce rapport, expose d'abord que les exemples de convulsions qui se propagent par imitation, et qu'on appelle à cause de cela *épidémiques*, ne sont pas rares. Il rappelle celles que présentèrent dans le dix-septième siècle les Ursulines de Loudun, celles qu'offrirent plus tard sous l'influence d'idées religieuses les habitans des Cévennes; celles que manifestèrent les nombreux opposans à la bulle *unigenitus*, sur le tombeau du diacre Pâris; celles enfin qu'on allait chercher il y a cinquante ans aux baquets de Mesmer. Il mentionne surtout, comme ayant eu lieu sur un théâtre rapproché de celui sur lequel a observé M. Trannoy, les convulsions qui furent observées en 1778 sur les filles de la ville de Bray en Picardie, celles qui éclatèrent il y a trente ans dans la même province non loin de Péronne, et enfin celles qui furent vues il y a douze ans dans l'arrondissement de Doullens. Il analyse ensuite les faits recueillis par M. Trannois à Baizieux, et qui sont au nombre de quatre. 1.° Une fille de 17 ans, bien réglée, est saisie, le 6 novembre 1829, sans causes morales connues, le soir, en sortant de l'église, de convulsions : cinq jours après ces convulsions reviennent, et depuis lors se renouvellent trois fois le jour, le matin, à midi et le soir : pendant deux heuses, la jeune fille pleure, crie, mord, se livre aux mouvemens les plus désordonnés; l'accès se termine par un sommeil profond, et la malade n'en conserve aucun souvenir. 2.° Une fille de 31 ans, sujette à une espèce de hoquet convulsif analogue au cri du coq, visite la malade précédente, et le 15 novembre est atteinte aussi de fortes convulsions intermittentes qui se renouvellent trois fois le jour : pendant l'accès, perte de connaissance, cris étouffés, difficulté de respirer, sentiment de strangulation, insensibilité telle, qu'une épingle enfoncée dans les chairs n'est pas sentie. Après l'accès, la malade reprend aussitôt son travail. 3.° Une fille de 24 ans, sujette aussi depuis quatre années à un hoquet qui simulait le glapissement du renard, visite aussi la première malade, et est également atteinte le 25 novembre de convulsions, mais qui sont moins fortes et cèdent

à des saignées, des bains, des calmans. 4.° Enfin, une fille de 25 ans est frappée aussi de l'aspect de ses compagnes, et éprouve les mêmes convulsions, même à un degré bien plus violent. M. Trannois arrive à Bezieux le 16 mars, isole les quatre malades, prescrit des bains froids, des boissons rafraîchissantes, un régime lacté et végétal, des travaux manuels, et surtout recommande beaucoup de fermeté aux gardes-malades dans leurs rapports avec les convulsionnaires. Il juge que chez elles l'hystérie a eu beaucoup de part au développement du mal; et, en effet, la plupart avaient, long-temps avant le développement de leurs convulsions, un hoquet irrégulier et qui déjà était une convulsion. Il ajoute enfin que ce hoquet a été observé assez fréquemment depuis dix ans dans plusieurs communes de l'arrondissement, et qu'on fut obligé d'interdire l'entrée des églises aux filles qui en étaient atteintes, parce qu'elles troublaient l'office divin. Le rapporteur de l'Académie donne des éloges à la conduite de M. Trannois, surtout au soin qu'a pris ce médecin de prouver à M. le préfet que ces phénomènes n'avaient rien de surnaturel, tenaient à une exaltation insolite du cerveau, et ne se propageaient que par la puissance de l'imitation. Du hoquet des filles de Bezieux, il rapproche, 1.° celui que présenta en 1698 une fille de la Nouvelle-France, et dont parle Huguet, à la page 113 du tome II de son ouvrage intitulé : *le Naturalisme des convulsions*. Cette fille, dont le hoquet imitait assez bien le jappement d'un chien, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans une salle des femmes, et bientôt quatre autres malades furent prises du même hoquet. 2.° Le miaulement, qui, au rapport de Nicol, saisissait tous les jours à la même heure toute une communauté de femmes, et que l'on guérit en faisant placer une compagnie de soldats à la porte du couvent, et en faisant menacer du fouet par ces soldats la première religieuse qui aurait miaulé. Il proclame enfin la nécessité de l'isolement pour la guérison de ces maladies. — M. Esquirol dit avoir observé de semblables épidémies de convulsions à Alfort et à la Salpétrière, et y avoir mis fin par la crainte d'un châtiment et l'isolement.

Abcès et calculs du foie. — M. Baffos donne la suite de l'observation de M. Grand-Claude, médecin à Remiremont, département des Vosges, et dont il a entretenu la Section de chirurgie dans la séance du 12 février 1829. (*Voyez* le tome XIX des *Archives*, page 459.) La femme a conservé jusqu'à sa mort la fistule biliaire. En mars 1828, elle a succombé à une péripneumonie, et l'ouverture de son cadavre a permis de constater les faits suivans : 1.° un nouveau calcul existe dans le trajet fistuleux. 2.° Le foie est plus petit qu'à l'ordinaire, de couleur jaune sale, d'une figure irrégulière; ses lobes sont adhérens entr'eux, et de même sa masse est collée au diaphragme

en haut, et dans le reste de sa surface aux parois abdominales, à l'estomac, au duodénum, au colon ascendant, au rein droit, à l'aorte et à la veine cave. Son tissu se déchire avec facilité, et offre de petites concrétions arrondies entourées d'un liquide blanchâtre et sans odeur. La malade a eu ainsi, sans altération pour sa santé, un écoulement de bile pendant douze ans.

Maïs considéré comme aliment. — L'Académie se met en comité sécret pour entendre le rapport d'une commission chargée de l'examen des mémoires relatifs au prix qu'a fondé M. Bessange père, *sur le maïs considéré comme aliment de l'homme, et particulièrement des enfans en bas-âge et des femmes qui allaitent*. (*Voyez* le tome XIX des *Archives*, page 609.) Ces mémoires sont au nombre de trois, et M. Mérat, au nom de la commission, en présente une analyse. 1.° Le mémoire n.° 1 a pour auteur un médecin qui habite le midi de la France, et un pays où le maïs est la nourriture habituelle des habitans. L'auteur donne d'abord l'analyse du maïs; sur 100 parties, il y en a 75 de fécule, près de 5 de matière sucrée, 2 et demie de mucilage, un peu d'albumine, et 2 et quart de son : il y a 15 parties de perte et peu de gluten. Comme moyen propre à en conserver la farine, il conseille, avant que de la serrer, de la faire sécher dans un four chaud à 40 degrés; cela développe en elle une odeur et une saveur agréables. On fait avec cette farine des bouillies appelées *polenta*, des pâtes qu'on fait frire appelées *cruchades*, et un pain qui est peu levé, lourd, brûlé au-dehors, mais qui est aussi bon que celui de froment, si on y ajoute 1/25 de gélatine. L'auteur de ce mémoire pense que dans les départemens de France où l'on se nourrit de maïs, comme le Béarn, le pays des Basques, la haute Bourgogne, la Franche-Comté, etc., les hommes sont plus forts et plus agiles que dans les pays à seigle et à bled; il cite en preuve la partie du département des Landes qui est sur la rive gauche de l'Adour. Il dit que cet aliment en outre préserve de diverses maladies, la pierre, par exemple, l'épilepsie, dispose les plaies à guérir plus promptement. Il rappelle qu'aux États-Unis on en fait la nourriture des prisonniers, non-seulement parce qu'il est moins cher, mais parce qu'il tempère leurs passions. A raison de sa plus facile et plus prompte digestibilité, il en conseille l'emploi dans la convalescence des maladies, surtout de celles de l'appareil digestif. Enfin, il en fait l'aliment le plus convenable aux femmes qui allaitent, et dit avoir expérimenté que les nourrissons de ces femmes sont plus robustes, moins maladifs. 2.° L'auteur du mémoire n.° 2, paraît aussi habiter un pays où le maïs est d'un usage familier, mais c'est l'Est de la France. Il veut qu'on fasse subir au grain une légère torréfaction dans un four, pour lui ôter une humidité surabondante. Il proclame aussi la supériorité

de cet aliment, assurant que les hommes sont plus robustes, moins maladifs; ont plus de longévité dans les pays où l'on en use, et que les nourrices ont plus de lait et font des nourrissons plus forts. Les auteurs de ces deux mémoires signalent aussi l'emploi qu'on peut faire du maïs pour la nourriture des animaux domestiques, pour engraisser le bétail, les volailles, pour donner plus de lait aux vaches, etc. 3.° Enfin le mémoire n.° 3 est le plus étendu, et constitue un travail complet sur le maïs. Son auteur croit qu'on ne peut faire un bon pain avec la farine de maïs, qu'en y ajoutant de la farine d'une autre céréale: mais avec cette farine on peut faire des semoules, du macaroni, du vermicel, une espèce de riz, des pâtes diverses, des gâteaux, des biscuits, du pain d'épice, et surtout du biscuit de mer qui a l'avantage de se conserver bien plus long-temps que celui fait avec la farine de froment. L'auteur a envoyé à la commission des échantillons de ces divers alimens. La forme la plus usitée est celle de bouillie ou de polenta; l'auteur lui assigne pour qualités d'être un peu laxative, de ralentir la circulation, de combattre la disposition aux inflammations, d'augmenter la sécrétion urinaire. La farine du maïs est, selon lui, à poids égal, plus nutritive que toute autre farine, et six onces par jour suffisent à la nourriture d'une personne. Il dit cet aliment le plus convenable dans les convalescences des maladies de l'estomac, préfère la farine de maïs à celle de graine de lin pour la confection des cataplasmes, et assimile la décoction de grain de maïs aux décoctions d'orge et de gruau. C'est à ce mémoire n.° 3 que la commission propose de décerner le prix.

Plusieurs membres contestent les avantages divers qu'assignent au maïs les auteurs des mémoires. — MM. Nacquart et Esquirol nient que la farine du maïs convienne mieux pour les cataplasmes; cette farine ne retenant pas l'eau, les cataplasmes sont bientôt secs. — MM. Villermé, Esquirol, Coutanceau, Larrey, Chevalier, contestent la supériorité du maïs comme aliment. Dans les pays où l'on en use, ce n'est qu'à défaut d'autres céréales; mais dans ces pays même, les individus qui se nourrissent de pain de seigle ou de froment sont toujours plus forts; il est bien reconnu que le pain de maïs est lourd, sans cellules, semblable à une galette sèche, et moins nutritif des deux tiers: pour en aider la digestion, il faut prendre des spiritueux. Si dans le département des Landes, les habitans de la rive gauche de l'Adour sont plus forts que ceux de la rive droite, ce n'est pas au maïs qu'ils le doivent, mais à leur voisinage des Pyrénées. — M. Boisseau craint que l'habitude du maïs n'ait quelque influence sur le développement de la pelagre qui s'observe dans les Landes. — M. Ségalas ne veut pas nier complètement l'assertion que le maïs

préserve de la pierre, mais il traite en ce moment de cette maladie un basque qui certainement a usé de cet aliment. — M. Hedelhofer a reconnu l'effet laxatif du maïs ; en 1811, l'armée de Portugal fut presque entièrement mise à l'usage de cet aliment, et presque tous les soldats eurent une diarrhée chronique. — M. Guibourt craint que le prix que l'Académie va décerner ne soit interprété de manière à faire croire que le maïs est un aliment supérieur à celui fourni par les autres céréales, et ne tende à faire substituer la culture de cette céréale à celle des autres. — La continuation de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Séance du 6 *Juillet*. — VACCINE. — Tableaux des vaccinations pratiquées en 1829, dans les départemens du Gers et de l'Indre. Dans ce dernier, il y a eu 3691 vaccinations sur 7950 naissances : dans le Gers, sur 6990 naissances, il y a eu 5719 vaccinations ; 288 individus encore ont eu la variole, et 30 ont succombé à cette maladie.

LITHOTRITIE. — M. Boisseau remarque que le passage d'Alexandre Benedictus, dont il a été question dans la dernière séance, n'est pas le témoignage le plus ancien qu'on puisse citer de l'existence de la lithotritie dans les siècles précédens. Dans un ouvrage d'Albucasis, imprimé en 1519, *Liber theoricæ nec non practicæ, in-4°, fol.* XCIIII, est le passage suivant où cette opération est aussi clairement désignée : *Accipiatur instrumentum subtile quod nominat* MARHABA REBILIA; *et suaviter intromittatur in virgâ, et volve lapidem in medio vesicæ, et si fuerit mollis frangitur ut exibit. Si vero non exiverit, cum iis quæ diximus oportet incidi ut in chirurgiâ determinatur.*

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre qu'a adressée à ce sujet à l'Académie M. Leroy d'Etiolles. Ce chirurgien remarque que le passage exhumé de Benedictus n'indique pas les instrumens dont on se servait pour briser la pierre ; laisse même ignorer si la pierre était saisie et fixée dans la vessie avant que d'être broyée, ou si l'on agissait sur elle lorsqu'elle était flottante encore dans l'organe, ainsi que cela a été dans les deux seules opérations de lithotritie connues avant 1824, et dans lesquelles les malades se sont opérés eux-mêmes : savoir, le moine de Citeaux, rapporté, par Hoin, et le colonel Martin, cité par Marcet dans son *Traité des Calculs urinaires*. Or, les fauteurs actuels de la lithotritie ont toujours réduit leur mérite à l'invention des instrumens qu'ils employent, et n'ont jamais caché que les anciens avaient plus ou moins vaguement parlé de la possibilité de briser les pierres dans la vessie. M. Leroy avait même cité une phrase de la bibliothèque chirurgicale de Haller, qui rappelle bien plus que celle de Benedictus, l'opération actuelle de la lithotritie : *Catheterem delineat trifidum, per eum in grandiorem calculum specillum sagittatum immittit, eo ut putat, calcu-*

lum dividit, ut fragmenta inter specilli crura cadant, et possint extrahi (Speculationem puto meram). Encore est-il que l'instrument dont parle ici Haller, et qu'il attribue à Sanctorius, servait, non à broyer les calculs, mais à les extraire. M. Leroy termine sa lettre en faisant remarquer que tout ce qui sert aujourd'hui à la lithotritie était annoncé épars dans les anciens, la sonde à droite, les pinces à gaine, etc.; mais que ce n'est qu'en ces derniers temps qu'on a réuni tous les élémens pour en faire un procédé chirurgical régulier.

Perforation du périnée par suite de l'accouchement et sortie de l'enfant par cette voie. — M. Capuron répond aux remarques qu'a présentées M. Moreau dans la dernière séance sur les perforations du périnée dans l'accouchement, et le passage de l'enfant à travers ces perforations. Il n'a pas nié d'une manière absolue les faits rapportés par M. Moreau, il les a seulement soumis à une analyse critique, et il a conclu de cette analyse que ces faits laissaient matière à doute, sinon pour la réalité de la perforation périnéale, au moins pour le passage de l'enfant à travers cette perforation, surtout pour les positions occipito-postérieures du sommet de la tête, à moins que la tête de l'enfant ne soit plus petite, ou le bassin de la mère plus large. M. Capuron répète que les faits consignés dans le mémoire de M. Moreau sont incomplets, en ce qu'ils laissent ignorer les dimensions de la tête de l'enfant, du bassin de la mère, l'état des parties génitales externes, de la vulve; il reproduit toutes les objections qu'il a déjà faites à chacun de ces faits, et qui, selon lui, n'ont pas été détruites par la réplique de M. Moreau. Il termine en lisant des passages de son Traité des accouchemens, qui prouvent, selon lui, qu'il n'a admis la possibilité de l'accouchement dans les positions occipito-postérieures du sommet de la tête, que quand la tête de l'enfant est plus petite, ou le bassin de la mère plus large.

Vers intestinaux. — Mémoire de M. Vallot, médecin à Dijon : rapport de M. Duméril. Les vers intestinaux de l'homme se réduisent, selon M. Vallot, à cinq espèces : 1° le *tricocéphale*, qui habite le gros intestin, principalement le cœcum ; 2° *l'oxiure vermiculaire*, ou *ascaride*, qui s'observe surtout dans le rectum ; 3° l'*ascaride lombricoïde* qui se voit dans les intestins grêles ; 4° le *botriocéphale*; 5° enfin, le *tœnia solium*, vulgairement *cucurbitain*. Toutes les autres espèces de vers intestinaux de l'homme qu'on a signalées, rentrent dans celles-là, ou se rapportent à des corps étrangers qu'on a pris mal à propos pour des vers. M. Vallot, dans son mémoire, cite de nombreux exemples d'erreurs de ce dernier genre ; entre autres la *sagittale de Bastiani*, le *physis intestinalis de Scopoli*, qui n'étaient

l'un et l'autre que des morceaux de l'appareil hyo-laryngien d'oiseaux qui avaient été avalés. Il exprime surtout l'opinion que le *ditrachyceros rude* ou *bicorne rude* de M. Sulzer de Strasbourg, admis par Rudolphi, sous le nom de *diceros*, n'est que la graine du chardon roulant, pénicaut, *eryngium campestre*. M. Duméril admet avec M. Vallot, qu'on a souvent pris pour des vers intestinaux des restes des alimens avalés ; on trouve, dit-il, indiqués dans Rudolphi la plupart des exemples d'erreurs qu'a cités le médecin de Dijon ; mais il conteste que le bicorne rude de Sultzer soit un exemple de ces erreurs, et soit particulièrement la semence du pénicaut ; qu'on compare cette graine avec la figure du ver vu au microscope, et on verra qu'il n'y a aucune similitude. Il rappelle qu'en 1818, M. Lesauvage de Caen envoya des diceros bicornes à la Société de la Faculté, avec une observation qui a été insérée dans le bulletin de cette compagnie.

Avantages des sutures. — M. Lisfranc, au nom d'une commission, lit un rapport sur le mémoire qu'a lu à l'Académie M. le docteur Serres, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, et intitulé : *Réflexions critiques sur le mémoire de Pibrac, relatif à l'abus des sutures.* (Voyez le tome XXII des *Archives*, page 563 et 568.) La Commission pense comme M. Serres, que Pibrac a exagéré les inconvéniens des sutures et a trop restreint l'usage de ce moyen. Dans la première observation que cite cet auteur, on voit qu'il fallut quarante-cinq jours pour guérir par le bandage une plaie abdominale longue de trois travers de doigt, et une pareille plaie a été guérie à Montpellier par la suture en neuf jours. Pibrac cite lui-même dans sa cinquième observation un cas où une plaie faite à l'abdomen par un coup de corne de taureau guérit malgré dix-sept points de suture. La Commission rappelle ce fait de Lapeyronie, qui obtint par la suture la réunion d'un bras qui ne tenait au corps que par un lambeau dans lequel était l'artère brachiale. M. Amussat demande si la Commission partage l'opinion de M. Serres, même dans l'application de la suture aux plaies des amputations : le mémoire de M. Serres ne contient qu'un fait de ce genre, et il n'est pas sage de conclure d'après un seul fait. Il faut craindre de tomber dans l'extrême opposé à celui de Pibrac. M. Larrey exprime aussi l'opinion que, dans les faits divers rapportés par M. Serres, la suture a été généralement trop employée, souvent sans nécessité, et quelquefois avec désavantage. M. Lisfranc réplique que la Commission n'a prétendu s'élever que contre les idées exagérées de Pibrac, et que, quant à ce qui est de l'emploi de la suture dans les plaies des amputations, il est de nombreux exemples de succès de cet emploi dans l'ouvrage que vient de publier M. Serres, et qui a été confié en manuscrit à

la Commission. M. Adelon pense que pour prononcer sur la grave question soulevée par M. Amussat, il faudrait connaître le nombre de cas dans lesquels la suture a été appliquée avec succès aux plaies des amputations, et savoir de combien ce nombre surpasse celui des succès obtenus sans l'emploi de la suture. M. Breschet croit devoir protester contre cette pratique au nom de la plupart des chirurgiens des hôpitaux de Paris, et particulièrement de ceux de l'Hôtel-Dieu.

Maïs considéré comme aliment. — L'Académie, en comité secret, reprend la discussion relative au prix fondé par M. Bossange père sur le maïs considéré comme aliment. M. Delens ne croit pas qu'en cette circonstance l'Académie doive se borner à choisir entre des mémoires; le fondateur du prix a eu évidemment en vue d'avoir l'opinion de l'Académie sur le maïs considéré comme aliment. M. Adelon exprime la même opinion : en couronnant un mémoire où il est dit que les hommes qui se nourrissent principalement de maïs sont plus forts, où il est exprimé que le maïs est le meilleur aliment pour les femmes qui allaitent et pour les enfans en bas âge, l'Académie doit craindre de paraître adopter de pareilles opinions, que beaucoup de ses membres ont contestées, et qui doivent être au moins regardées comme douteuses encore. Il propose donc que si l'Académie décerne le prix, au moins elle exprime qu'elle n'entend ni improuver, ni approuver aucune des opinions émises par l'auteur. M. Villermé revient sur le fait avancé par l'auteur du mémoire n.° 1, que les habitans de la rive gauche de l'Adour, dans le département des Landes, sont plus forts et d'une plus belle stature que ceux de la rive droite, parce qu'ils se nourrissent surtout de maïs. Il en donne une autre explication : la rive droite, dit-il, est marécageuse; les habitans en sont mal nourris, mal vêtus, accablés de travaux et sujets à de continuelles fièvres intermittentes : la rive gauche, au contraire, est salubre; les habitans ont de l'aisance, usent de vin, etc. Après avoir entendu encore plusieurs de ses membres, dont les uns, M. Double, vantent le maïs, et dont les autres, MM. Thillaye, Rullier, mettent cet aliment au-dessous de beaucoup d'autres, l'Académie arrête que le prix sera décerné à l'auteur du mémoire n.° 3, mais qu'il sera expressément exprimé que la compagnie n'entend approuver ou improuver aucune des opinions émises dans le mémoire sur les qualités alimentaires du maïs.

Séance du 13 *juillet*. — Vaccine. — Vaccinations pratiquées en 1829 dans le département du Lot; il y a eu 2,386 vaccinations sur 7,509 naissances; 84 individus encore ont eu la variole, et 8 ont succombé à cette maladie.

Remèdes secrets. — La Commission propose, et l'Académie adopte le rejet des remèdes secrets suivans. 1.° Deux remèdes contre les *en-*

gelures; l'un, de la dame Celin, de Paris, qui consiste à se frotter les mains le soir avec un corps gras, dans lequel on a fait infuser une plante aromatique, et à coucher avec des gants; l'autre du sieur Sitt, de Paris, qui consiste à se laver quatre fois le jour avec une eau aiguisée d'un acide. 2.° Un *élexir* de la dame Fourment, de Toulouse, élixir qui n'est que celui de *longue vie*, ou *l'élixir suédois*, dont la recette est publiée partout. 3.° Une *pommade anti-ophthalmique* du sieur Sicart, de Perpignan, qui n'est qu'un mélange de cérat et d'oxyde de zinc. 4.° Un *baume anti-rhumatismal* du sieur Magneur, chirurgien accoucheur à Paris, baume qui n'est qu'une modification insignifiante de *l'onguent paralytique* de Mead, inséré dans la pharmacopée batave de Niemann, et dans la pharmacopée universelle de M. Jourdan. 5.° Enfin, des pilules *tonico-laxatives et calmantes* de MM. Paul, chirurgiens à Paris. La Commission propose aussi que le décret du 18 août 1810 ne soit pas appliqué à une *poudre anti-syphilitique* du sieur Chambard, pharmacien à Lyon. Cette poudre est composée des mêmes substances sudorifiques et purgatives qui entrent dans la composition du sirop de Cuisinier; elle ne diffère de ce sirop que par la forme, et bien qu'elle constitue un médicament anti-syphilitique digne d'être préféré à tout autre en certaines circonstances, elle ne constitue pas une véritable invention, et il n'y a pas lieu à proposer au gouvernement d'en faire l'acquisition. C'est à l'auteur de cette poudre, qui est pharmacien, à la faire connaître des médecins, pour que ceux-ci en adoptent et en répandent l'usage.

Gouttes anti-épileptiques. — Le sieur Marochetti, médecin de l'école des ingénieurs de la marine à Saint-Pétersbourg, désire faire constater en France l'efficacité d'un remède qu'il dit avoir trouvé contre l'épilepsie. La Commission des remèdes secrets propose de répondre au ministre que l'Académie n'a pu expérimenter le remède de M. Marochetti, parce que ce médecin n'en a pas fait connaître exactement la composition, et parce que ce qui est dit de ce remède, qui résulte de l'association de quatorze substances, ne promet pas un médicament meilleur que les *gouttes anodines anglaises* du traité de pharmacie de Baumé, *l'élixir parégorique* de la pharmacopée d'Edimbourg, et *l'élixir fétide* de la pharmacopée de Fulde. Adopté. La Commission avait en outre exprimé dans son rapport, que l'épilepsie était une maladie contre laquelle l'art ne pouvait espérer trouver un spécifique, attendu qu'elle reconnaît des causes très-diverses, et cède à des moyens très-divers. Mais cette partie du rapport de la Commission a été repoussée, sur le motif que dans l'état actuel de la science on ne peut faire la distinction des maladies qui sont spécifiques et de celles qui ne le sont pas, et que l'épilepsie étant, quelque diverse que soit sa cause, une maladie de nature convulsive, on peut espérer

trouver un spécifique contre l'acte nerveux qui préside à toutes convulsions. Dans la discussion qui a amené cette suppression, M. Emery a rappelé que Dumas, de Montpellier, avait vu souvent l'épilepsie reconnaître pour cause un vice de conformation du cerveau ; cet organe est plus petit, et par suite l'angle facial moins ouvert. M. Cruveilhier a distingué, entre l'épilepsie avec paralysie qui tient à des affections organiques du cerveau, et l'épilepsie sans paralysie, dans laquelle on n'a pu découvrir encore aucune lésion appréciable du système nerveux. Enfin, M. Louyer-Villermay a émis l'opinion que la première de ces épilepsies n'était qu'un degré plus avancé de la seconde ; il a ajouté que les causes de l'épilepsie ne sont pas aussi diverses qu'on l'a prétendu, et que la frayeur est la plus fréquente.

Genista tinctoria contre la rage, rubus chamæmorus. — M. Marochetti écrit que si l'on n'a pas obtenu en France le même succès que lui de l'usage du genêt contre la rage, c'est qu'on n'a pas employé la même espèce. Comme le genet dont parle M. Marochetti est une plante herbacée, sans ramifications, haute de dix-huit pouces au plus, M. Guibourt pense qu'il veut parler, non du *genista tinctoria*, qui est la plante qu'on a employée en France contre la rage, mais de la *spargelle*, *genista sagittalis* de Lin. MM. Mérat, Double, Emery, soutiennent que c'est bien le *genista tinctoria* qu'a employé M. Marochetti, et M. Mérat oppose de plus à M. Guibourt qu'il n'y a pas de genet annuel. M. Marochetti fait envoi à l'Académie de semences de *rubus chamæmorus*, végétal dont les fruits remplacent dans le nord de l'Europe les groseilles et les framboises de nos climats, et dont les feuilles, prises en infusion théiforme, sont, selon lui, un puissant diurétique. M. Marochetti conseille de semer ces graines dans le nord de la France.

Amputation du col de la matrice. — M. Capuron, au nom d'une commission, lit un rapport sur le mémoire qu'a lu à l'Académie, dans sa séance du 11 mai, M. Dubled, et qui a trait à un nouveau procédé d'amputer tout ou partie de la matrice cancéreuse. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 142.) M. Dubled a opéré devant les commissaires de l'Académie, et ceux-ci ne peuvent trop louer sa dextérité ; mais ils ne partagent pas son opinion sur le procédé opératoire de M. Récamier, et font quelques objections au procédé nouveau qu'il propose. D'une part, M. Dubled a fait trois reproches au procédé opératoire de M. Récamier; d'être très-douloureux, parce qu'il nécessite le renversement de la matrice ; d'exposer à une hémorrhagie par les artères ovariques ; de ne faire qu'une ligature médiate sur les ligamens larges, ce qui expose encore à une hémorrhagie. Or, les commissaires répondent à chacun de ces reproches. Ce n'est pas parce que la matrice est renversée ou culbutée, que l'opé-

ration est douloureuse, mais à cause de la tension des ligamens ronds et larges, et M. Récamier ne culbute la matrice qu'après avoir coupé les ligamens ronds et la partie supérieure des ligamens larges, et avoir fait cesser la distension de ces ligamens. Le danger d'une hémorrhagie par les artères ovariques est chimérique, car on ne coupe que des ramifications de ces artères, trop petites pour pouvoir fournir du sang. Enfin l'application d'une ligature médiate sur les ligamens larges n'expose pas davantage à une hémorrhagie, car M. Récamier se rend toujours maître du sang en comprimant l'artère utérine avec un serre-nœud : la ligature médiate offre même cet avantage, qu'on peut l'enlever quand on veut. D'autre part, voici quelques objections que les commissaires font au procédé opératoire de M. Dubled : 1.° ce chirurgien ne l'a encore pratiqué que sur le cadavre, et on ne peut pas conclure absolument ce qui serait de ce procédé appliqué à la femme vivante. 2.° M. Récamier l'a employé une fois sur le vivant, mais sans succès. 3.° Il est aussi douloureux que tout autre procédé, car le pédicule des ovaires et des trompes reste toujours tendu. 4.° Il expose autant qu'un autre à une hémorrhagie des artères ovariques, quand l'utérus est enlevé en entier, car alors ces artères sont également coupées. 5.° La ligature de l'artère utérine étant immédiate ne peut être retirée à volonté ; il faut attendre sa chute, et cela peut exaspérer l'inflammation qui souvent est consécutive à l'opération. 6.° Enfin, M. Dubled assigne à son procédé l'avantage de n'enlever que la partie de la matrice qui est malade, et de laisser le fonds de l'utérus pour soutenir le pédicule des ovaires et le poids des intestins. Mais trop souvent, disent les commissaires, le cancer a envahi, non-seulement l'utérus entier, mais encore ses annexes ; et il sera toujours difficile de distinguer, par des incisions exploratrices pratiquées sur la face antérieure du corps de l'utérus, ce qui est sain de ce qui est malade.

Une discussion a suivi la lecture de ce rapport. — M. Rochoux avance que l'ablation de l'utérus, abstraction faite de tous les accidens auxquels peut donner lieu l'opération, hémorrhagie, inflammation abdominale, etc., est un cas si grave et si souvent mortel, que probablement on renoncera à cette opération : c'est l'opinion de M. Boyer, et déjà M. Récamier, qui dans ces derniers temps a le plus essayé de cette opération, parle d'y renoncer. — MM. Lisfranc, Breschet contestent que l'ablation de l'utérus soit aussi absolument mortelle que le donne à entendre M. Rochoux ; toutes les femmes qui ont été opérées ne sont pas mortes ; M. Breschet a examiné le jour même une des malades opérées par M. Récamier, et ce médecin est si loin de renoncer à l'ablation de l'utérus, qu'il vient d'apporter un perfectionnement à son procédé opératoire. — MM. Ollivier et

Denoux disent aussi que plusieurs des femmes opérées par Sauter et Blondel, vivent encore. — M. Bouillaud croit qu'il faut distinguer les cas où l'utérus amputé était dans le prolapsus; dans ces cas l'opération est bien plus facile, et c'est dans ces cas seuls qu'elle a réussi. MM. Lisfranc, Denoux, Breschet, contestent encore qu'il y eût prolapsus dans les cas de succès cités par MM. Récamier, Sauter et Blondel. — M. Louis dit que dans le plus grand nombre des cancers de l'utérus, la maladie n'est pas bornée au col de l'organe, mais a envahi le corps, les annexes de la matrice, le rectum, la vessie, et même est liée à l'existence de cancers en d'autres organes du corps. Cette considération est, selon lui, d'un grand poids pour juger de la convenance et de l'utilité de l'opération par laquelle on extirpe la matrice. — M. Collineau appuie cette remarque de M. Louis, par le récit d'une observation que lui a présentée récemment sa pratique. — M. Ferrus au contraire la contredit; ce n'est que dans les cas exceptionnels, que les annexes de l'utérus sont envahis par le cancer; le mal a bien plus de tendance à se propager du côté du vagin que du côté du fond de la matrice. — M. Breschet dit que tout chirurgien s'abstient de l'opération quand la maladie présente les signes d'une diathèse couenneuse générale. — M. Lisfranc ajoute que les récidives de cancers ne sont pas aussi fréquentes qu'on l'a dit, quand on soumet le malade à des soins hygiéniques convenables; il cite en preuve un cancer du nez qui a été opéré quatre fois, et qui enfin a guéri tout-à-fait après quatre récidives.

Cornes chez l'homme. — M. Villeneuve, au nom d'une commission, lit un rapport sur l'observation lue à l'Académie le 2 mars, par M. Lozes, et relative au développement de cornes chez l'homme. (*Voyez* le tome XXII des *Archives*, page 416.) — La commission a rapproché de ce fait 71 observations analogues qu'elle a recueillies dans les auteurs, savoir, 31 sur des hommes, 37 sur des femmes, et 3 sur des enfans du premier âge. Les cornes avaient leur siège dans 9 cas à la tête, dans 14 au front, et dans 12 à la cuisse; dans les autres observations, elles étaient situées 3 fois à la tempe, 5 au nez, 2 à la joue, 1 fois à la mâchoire, 4 sur la poitrine, 4 au dos, 3 à la verge et au gland, 1 à l'ischion, 2 au genou et au jarret, 1 à la jambe, et 2 aux pieds et au talon. La commission cite encore d'après Bonnet (*Considérations sur les corps organisés*), l'observation d'une fille qui, à partir de trois ans, poussa des cornes à toutes les parties de son corps, surtout aux jointures et articulations, tellement qu'à treize ans elle en était toute couverte : quelques-unes de ces cornes étaient contournées comme des cornes de bélier; quand elles tombaient, il en renaissait d'autres à leur place; il y en avait une longue de deux à trois pouces à l'extrémité de chaque doigt. La

commission professe aussi cette opinion de M. Breschet, que la peau et les membranes muqueuses sont les seuls tissus de notre économie qui peuvent développer des cornes, et qu'il ne faut pas considérer comme telles les transformations cartilagineuses qui s'observent souvent sur le foie, la rate, les poumons, etc. — Ce rapport provoque la communication de plusieurs faits analogues. — M. Marc a visité à la consultation gratuite de la Société de Médecine, une femme qui, à la suite d'une apoplexie, avait vu se développer sur son visage et ses doigts un grand nombre de verrues cornées. — Béclard a fait voir à M. Breschet un malade dont les mains étaient couvertes de cornes; ces parties étaient plus longues du double, et leur épiderme présentait çà et là des plaques cornées considérables. — M. J. Cloquet a opéré à l'hôpital Saint-Louis une femme qui avait au front une production cornée très-large, de laquelle suintait un ichor très-fétide; cette production s'était développée à la suite d'une brûlure; à sa base était une matière cartilagineuse qui, se desséchant de temps en temps, faisait tomber la corne; mais celle-ci renaissait bientôt. — M. Virey pense que ces cornes ne sont que des verrues qui se sont considérablement accrues, parce qu'elles étaient situées de manière à recevoir à leur base des vaisseaux.

Réparation de cicatrices. — M. Lisfranc présente à l'Académie un enfant qui, depuis treize ans, avait la mâchoire inférieure fixée contre la supérieure, de manière à ne pouvoir l'écarter. Un léger écartement résultant de la chute de plusieurs dents incisives servait seul de passage aux alimens. Cet état provenait d'une affection gangréneuse de la bouche qui avait produit de fortes adhérences entre la face externe du maxillaire et les parties molles. M. Serres, de Montpellier, a opéré cet enfant; la joue a été fendue de devant en arrière, à partir de la commissure gauche des lèvres; les parties malades ont été mises à découvert, et la cicatrice a été emportée en totalité à l'aide de deux sections triangulaires qui ont permis de réunir les plaies au moyen de la suture entortillée. L'enfant peut aujourd'hui abaisser la mâchoire inférieure d'un pouce, mâcher des corps durs, et parler distinctement; il n'offre sur la face que des cicatrices linéaires.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Académie royale des Sciences.

Séance du 10 *mai*. — Maturation des fruits. — M. Couverchel lit un mémoire sur les changemens qui s'opèrent dans les fruits pendant leur maturation. L'auteur, après avoir rappelé l'état où était

la science relativement à cette question, à l'époque où l'Académie crut devoir la proposer pour le concours, analyse les travaux du petit nombre des physiologistes qui s'en sont occupés. Il fait remarquer en quoi ces travaux s'accordent avec les siens, et il expose ensuite la théorie qu'il a déduite de nombreuses expériences. On doit distinguer, suivant lui, deux époques dans l'existence du fruit; la première qui comprend son développement et la formation des principes qui entrent dans sa composition; la seconde qui est celle de la maturation proprement dite. Dans la première, l'influence directe de la plante sur le fruit est indispensable; dans la seconde, les divers principes sont déjà tout formés, et c'est de leur réaction réciproque que résulte la maturation; les acides, favorisés par la chaleur, transforment la gélatine en matière sucrée. Les phénomènes de la seconde époque sont donc purement chimiques, et ce qui prouve qu'ils sont complètement indépendans de la vie, c'est que la plupart des fruits sont susceptibles de mûrir après avoir été détachés de l'arbre.

Cette théorie s'accorde parfaitement avec une série d'expériences comparatives que M. Couverchel a faites sur la transformation de la fécule en sucre. L'auteur fait remarquer l'analogie que présentent ces deux opérations, et soumet à l'Académie deux nouveaux produits qu'il a obtenus en traitant la fécule par des acides végétaux, et en ne variant, dans l'opération qui les lui a données, rien autre chose que la température. Il donne au premier produit, qui se rapproche de la gélatine végétale, le nom de *gomme*, à cause de ses caractères physiques et de la propriété dont il jouit de donner de l'acide mucique quand on le traite par l'acide nitrique : il le désigne par le nom particulier de *gomme normale*, par opposition aux gommes naturelles qui, suivant lui et suivant plusieurs autres chimistes, doivent être considérées comme composées de plusieurs principes immédiats. Le second produit jouit de toutes les propriétés physiques et chimiques du sucre de raisin, et peut être facilement confondu avec cette substance. Dans la transformation que subit la fécule pour donner lieu aux deux produits dont il vient d'être question, il se passe, dit l'auteur, quelque chose de très-analogue à ce qui a lieu dans l'acte de la maturation. Dans les deux cas, en effet, la formation de la gélatine précède toujours celle de la matière sucrée.

Les expériences que M. Couverchel a faites sur les sucs des fruits, et particulièrement sur le suc de raisin, paraissent faire entrevoir la possibilité d'améliorer les vins de qualité inférieure autrement que par l'addition de substances dangereuses pour la santé. L'auteur pense également qu'on pourrait obtenir des vins susceptibles de se garder en faisant usage de raisins qui n'auraient pas atteint une

simples inférieurement, rend raison de l'absence des membres inférieurs de l'un des individus ; il témoigne de ce que les anatomistes appellent un *arrêt de développement*. M. Geoffroy-Saint-Hilaire cite un fait analogue rapporté dans *l'Arsenal de chirurgie de Jean Scultet*. L'auteur n'a eu aucun égard à la présence de l'excroissance dont il s'agit, mais on en peut constater l'existence par la planche qui représente le monstre. On voit un troisième cas tout semblable, dans une des planches coloriées d'une collection publiée sous le titre *d'Écarts de la nature*, par les époux Regnault (*fig.* 27.), et le prolongement vermiculaire s'y montre également.

Ritta-Christina, il est vrai, n'avait point cette appendice ; mais elle portait, au lieu où elle eût dû se trouver, une cicatrice que ses parens disaient être le résultat d'une blessure, mais qui était plutôt le résultat d'une ablation volontaire. Probablement ces pauvres gens auront craint qu'on ne mît leur enfant dans la classe des animaux, si on lui voyait une queue. M. Serres, en voyant une cicatrice, soupçonna sur-le-champ l'ablation, et, dans l'autopsie qu'il fit de la jeune fille, il reconnut en effet des nerfs et des vaisseaux symétriques venant aboutir à la cicatrice, et que, malgré leur petitesse, il reconnut pour être ceux qui étaient destinés aux membres inférieurs manquant.

Cette circonstance, éclairée par la *théorie des connexions*, est précieuse pour l'explication de la formation des monstres. MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Serres n'ont vu, avec raison, dans le prolongement cutané offert par la momie, qu'une saillie tubulaire où les vaisseaux et les nerfs cruraux sont venus aboutir et finir. Si l'événement d'atrophie, qui a frappé d'un arrêt de développement ce commencement de l'évolution des jambes, n'eut point exercé son influence, nul doute que la seconde paire d'extrémités postérieures n'eut été produite. Cette explication ingénieuse est justifiée par d'autres faits où le développement des membres, ayant éprouvé moins d'entraves, a pu s'effectuer à un degré plus marqué. Dans la figure citée des *écarts de la nature*, entre autres, la protubérance est plus considérable, et l'on peut distinguer même assez bien les têtes des deux fémurs qui y forment saillie. Dans les quatre cas analogues, il existait donc un vestige des jambes manquantes, et il est probable qu'une fois averti on reconnaîtra que cela se passe toujours ainsi dans ce degré de monstruosité.

M. Durand, dans le mémoire qu'il a adressé à l'Académie, s'est occupé beaucoup plus d'hypothèses que d'observations, et plusieurs de ses idées seront trouvées plus ingénieuses que solides. M. Geoffroy termine en votant des remercimens à ce médecin, à M. Saintenat, et enfin à M. le sous-préfet de Saint-Giron.

M. Cuvier a lu avec soin le travail qui a été publié par M. Gerdy, et il assure n'y avoir rien trouvé qui puisse engager à modifier les conclusions de son rapport. Il a reconnu que toutes les propositions physiologiques qui sont dans l'ouvrage de M. Gerdy, avaient déjà été indiquées avant lui par Fabricius d'Aquapendente. Pour ce qui est de M. Bennati, la question de priorité serait en sa faveur, car la commission a reconnu qu'il avait déposé son mémoire à l'Institut, un mois avant la publication de l'article de M. Gerdy.

Séance du 7 juin. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire perpétuel de l'Académie, dans la section de mathématiques, en remplacement de M. Fourrier. Les trois candidats présentés par la commission nommée à cet égard, sont MM. Arrago, Puissant et Becquerel. M. Arrago ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

Séance du 21 juin. — Fille bicéphale. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire fait, en son nom et en celui de M. Serres, un rapport sur une fille bicéphale, née le 13 mai 1829, à Olus, dans l'arrondissement de Saint-Giron. Cet enfant naquit sans vie, et fut enterré au bout de très-peu d'heures. M. le marquis de Castenac, sous-préfet de Saint-Giron, ayant eu connaissance du fait, ordonna que l'enfant fut exhumé et soumis à l'examen de trois médecins: le corps fut en effet tiré de la terre, après y être resté trois jours. Le procès-verbal de l'autopsie qui fut faite par les trois médecins, a été envoyé à M. le préfet de l'Arriège; mais cette pièce n'est pas encore parvenue à Paris, et l'Académie n'avait qu'un mémoire écrit, plusieurs mois après l'événement, par M. le docteur Durand, lorsque M. Saintenat, pharmacien, qui avait fait de l'enfant bicéphale une momie très-parfaite, l'a apportée à Paris : M. le rapporteur la met sous les yeux des Académiciens. On voit que, chez ce sujet, le côté droit était plus développé que le gauche, ce qui est le cas contraire à la bicéphale de Sardaigne, Ritta-Christina. On se rappelle que, dans cette dernière, les deux cœurs étaient unis dans un seul péricarde ; dans le bicéphale des Pyrénées, les deux cœurs au contraire étaient bien séparés et renfermés chacun dans leur péricarde propre.

La momie faite par M. Saintenat présente, à la partie postérieure du bassin, un prolongement vermiculaire de deux pouces de longueur environ, et qui simule une queue. On pourrait croire que ce prolongement est un reste de cordon ombilical, si on ne savait que, dans tous ces monstres doubles, un seul cordon suffit à la nutrition; d'ailleurs l'emplacement ne permet point qu'on s'arrête à cette supposition. La bicéphale d'Olus n'est pas la seule qui ait offert cette singulière excroissance : cet appendice, qui s'est rencontré constamment jusqu'ici chez tous les monstres doubles supérieurement

phe présentait, en effet, tous les organes internes dans un parfait état d'intégrité; il n'y avait de fusion des parties qu'à l'extrémité des os du bassin, dans quelques muscles et à la peau. Les parties sexuelles extérieures étaient complètes, symétriques, et formées par la réunion des moitiés appartenant à deux individus différens. Dans le cas de l'ischiadelphe de Salies, la pénétration était plus intime, et à l'extérieur il était difficile de distinguer le sexe; mais l'examen des organes internes a prouvé que les deux individus étaient du sexe féminin. L'ischiadelphe de M. Dubreuil était formé par la réunion de deux garçons, et on peut noter comme un fait constant que les enfans réunis pour former des monstres doubles sont toujours de même sexe.

A l'occasion de ce cas intéressant, M. Geoffroy présente des considérations d'un ordre très-élevé sur la formation des monstres doubles, et en particulier des ischiadelphes.

VARIÉTÉS.

Nouvelle route artificielle dans le cas de fistule lacrymale.

Paris, ce 8 juillet.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Une remarque que j'ai faite récemment, et qui, je l'espère, pourrait présenter des applications utiles dans certains cas de fistule lacrymale, me semble de nature à intéresser les nombreux lecteurs de votre journal. J'examinais sur une tête sèche la route que l'on fait suivre aux instrumens à travers l'os unguis pour pratiquer une voie artificielle aux larmes, lorsqu'il me vint à l'esprit qu'au lieu de traverser l'os unguis il serait facile aussi de pénétrer dans le sinus maxillaire, à travers la cloison externe du canal nasal. Cette idée me parut d'abord plutôt bizarre qu'utile. J'entrevoyais bien sur-le-champ que cela pourrait être un moyen de guérison de la fistule lacrymale, mais n'était-il pas singulier de faire suivre un si long trajet aux larmes, lorsqu'on peut leur en donner un plus direct à travers l'os unguis? Les larmes ne pourraient-elles pas s'accumuler dans le sinus et le distendre, si leur issue à travers l'antre d'Hygmore n'était pas facile? Le sinus pourrait s'enflammer, le pus s'y accumuler, ce qui conduirait l'opérateur à pratiquer une issue dans la bouche vers le lieu le plus déclive. Ce serait donc deux opérations au lieu d'une, en apparence si simple; et pourquoi? pour faire arriver les

larmes dans la bouche et avoir créé au malade une incommodité, la communication du sinus maxillaire avec cette cavité, ce qui exige toujours quelques soins, au moins de propreté. Décidément donc, cette idée me paraissait bizarre; néanmoins elle me revenait malgré moi, et me semblait toujours un moyen efficace de guérison dans le cas où il est impossible de rétablir le cours naturel des larmes, et où les tentatives de route artificielle à travers l'os unguis n'ont pas réussi.

En conséquence, j'eus le desir de savoir s'il existait des traces de cette idée dans les auteurs, et après quelques recherches infructueuses, je m'adressai à mon confrère et ami M. Dezeimeris, dont l'érudition vous est bien connue, pour savoir de lui s'il n'avait rien trouvé de semblable dans ses lectures ou s'il ne connaissait pas quelque source à consulter. Il me prêta l'histoire critique des traitemens de la fistule lacrymale par J. D. Metzger, où je ne trouvai rien d'analogue; et il me conseilla de demander à la bibliothèque du Roi, le Traité des opérations chirurgicales de Schreger, publié en 1819, fort estimé en Allemagne, mais non traduit en français. Quelques jours se sont passés sans que j'aie fait cette dernière recherche, et j'ignore si Schreger parle de perforation du sinus maxillaire pour guérir la fistule lacrymale. Cependant, toujours préocupé de l'idée de cette opération nouvelle, et craignant de rencontrer dans son application les obstacles qui s'opposent souvent au succès d'une route artificielle à travers l'os unguis dans le méat moyen, j'examinai de nouveau les reproches que les chirurgiens font à la route artificielle. L'oblitération ultérieure de cette voie est sans contredit l'objection la plus forte qu'on ait pu lui opposer. On trouve l'explication de cette obliteration dans les lignes suivantes, extraites de *la nouvelle édition de la Médecine opér. de Sabatier*.

« Une vérité de pratique dont on ne semble pas apprécier toute l'importance, c'est que, ni les cautérisations, ni les caustiques, ni l'emporte pièce, ni le trois-quarts, *ni aucun des moyens* en un mot dont on s'est servi pour faire à l'os unguis et aux membranes qui tapissent ses deux faces, une perte de substance étendue, ne saurait procurer constamment l'oblitération de l'ouverture artificielle que l'on a pratiquée. Les membranes muqueuses des fosses nasales ainsi que celles de la paroi postérieure du sac lacrymal sont *trop lâches, trop molles, trop spongieuses, trop faiblement attachées aux os qu'elles recouvrent*, pour que leurs plaies, *quelqu'étendues qu'elles soient*, ne se cicatrisent pas par le rapprochement de leurs bords »

Il y a de l'exagération dans ces phrases, car en faisant une perte de substance très-étendue à l'os unguis, ou en entretenant pendant fort long-temps la dilatation de l'ouverture artificielle, on a obtenu des guérisons par cette perforation. D'ailleurs, où en serions-nous si on re-

31..

jetait tous les moyens qui ne réussissent pas constamment. Néanmoins, il est certain que cette laxité de la membrane des fosses nasales, son état spongieux, son épaisseur, ont pu favoriser dans un assez grand nombre de cas la réunion de la plaie faite pour servir de route artificielle aux larmes. C'est à cause de cette difficulté de la maintenir ouverte que Scarpa a cru nécessaire l'appareil effrayant du cautère actuel pour pratiquer cette voie artificielle; ce qui a contribué encore à éloigner quelques chirurgiens de suivre une pareille route, puisqu'il était difficile d'y réussir autrement que par un procédé aussi repoussant pour beaucoup de malades. Or, en examinant le sinus maxillaire, j'y trouve, avec tous les anatomistes, une membrane très-mince, très-adhérente aux os, presque fibreuse et aussi peu disposée que possible à encourir le reproche adressé à la membrane du méat moyen et du cornet inférieur. L'obstacle que celle-ci oppose à la permanence de l'ouverture pratiquée dans le méat moyen, n'existerait donc pas pour le sinus maxillaire? Voici d'ailleurs d'autres avantages qui appartiendraient à cette route artificielle. La voie pratiquée à travers l'os unguis aboutit, si elle est horizontale, dans une partie très-rétrécie des fosses nasales, où la moindre tuméfaction des parties molles gène le cours des larmes, et par conséquent les force à retourner vers la fistule. Si, au contraire, on la fait très-oblique, il doit arriver souvent que l'instrument se coiffant d'abord de la membrane muqueuse qui recouvre le cornet inférieur et quelquefois la cloison des fosses nasales, pratique dans les deux cas un trajet de quelques lignes de longueur dans l'épaisseur des parties molles; trajet qui s'oblitérera souvent par la tuméfaction inflammatoire, et que ne rendra pas permanent le passage des larmes, si l'on n'a pas le soin de l'entretenir pendant plusieurs mois. C'est ce que prouve l'expérience. Cette circoustance défavorable tient à deux causes auxquelles il est impossible de remédier : 1.° l'étroitesse du méat moyen à sa partie supérieure; 2.° la distance qui existe entre le lieu où l'on perfore l'os unguis et la partie évasée de ce même méat. Si l'on dirige au contraire la route vers le sinus maxillaire, un trajet très-court (car il a pour mesure la petite épaisseur de lame osseuse qui sépare la partie postérieure et externe du canal nasal du sinus maxillaire, plus la membrane mince qui tapisse ce sinus) un trajet très-court, dis-je, conduit dans une cavité large, évasée dans toute son son étendue, et où les larmes tomberaient goutte à goutte sans obstacle à cause de cette largeur du récipient. J'en étais là de mes réflexions sur la possibilité de pratiquer cette nouvelle route artificielle aux larmes, et je me proposais de l'essayer sur un individu chez lequel les autres moyens auraient échoué, lorsqu'en faisant quelques recherches sur les progrès de la chirurgie militaire pendant

les trente dernières années, je trouvai dans l'intéressant mémoire de M. Briot, qui a été couronné en 1815 par la Société médicale d'émulation (1), une observation des plus curieuses et qui me paraît répondre on ne peut mieux à la question que je m'étais proposée. Je la transcris : (p. 397, mémoire cité).

« J'opérais, il y a environ neuf ans, en présence de plusieurs confrères, un jeune domestique qui avait une fistule lacrymale ; et j'éprouvais à rétablir le canal naturel des difficultés qui me disposaient à me servir de l'emporte pièce de Hunter, lorsque je priai M. Pécot, qui avait été mon maître et dont j'étais devenu le collègue et l'ami, d'essayer s'il pourrait y parvenir. Celui-ci se servit pour sonder et chercher ce canal d'un stylet de fer non boutonné, et comme dans ses recherches et ses tatonnemens il portait *en dehors et en bas* le bout de son stylet, et qu'il appuyait un peu fortement, le stylet s'enfonça tout-à-coup d'un pouce de profondeur, et l'opérateur crut qu'il avait pénétré dans le canal nasal ; mais je lui fis bientôt comprendre par la direction du stylet en bas et en dehors, par la sensation d'un corps particulier que le malade disait éprouver sur les racines des premières dents molaires et par l'absence du stylet dans le nez, qu'il n'avait pas pénétré dans le canal nasal, mais qu'il avait percé le plancher très-mince *de la fosse orbitaire*, et était entré dans le sinus maxillaire. Après nous en être convaincus, ce malade se trouvant un peu fatigué, nous remîmes à un autre moment *de terminer* l'opération. Après avoir pansé et quitté le malade, je dis à mes confrères que je prévoyais que la guérison pourrait résulter de l'espèce d'accident par lequel nous venions d'établir une fausse route ; qu'il serait possible que les larmes passassent du sac lacrymal dans le sinus maxillaire, à travers l'ouverture pratiquée à la voûte, et de ce sinus, dans la fosse nasale à travers l'antre d'hygmore. Curieux de savoir ce qui résulterait de cette opération, nous convînmes de placer seulement un peu de taffetas gommé sur la fistule, et nous vîmes avec plaisir qu'aucun accident ne résultait de l'espèce de fracture faite à la voûte du sinus maxillaire ; que la narine s'humectait et que la fistule se disposait à guérir. Au bout de quinze jours, elle fut en effet guérie, au point que, pendant huit ans que ce domestique a servi M. le préfet, on ne voyait pas de quel côté il avait été opéré. J'ai toujours pensé que les larmes avaient suivi et continuaient à suivre le trajet que je viens d'indiquer. »

Y a-t-il rien de plus clair, de plus positif que cette observation ? une maladresse de l'opérateur le conduit dans le sinus maxillaire.

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, tome 8, p. 244.

M. Briot, homme réellement distingué, profite de cet accident pour faire soupçonner à ses élèves la guérison de la fistule par ce moyen. La guérison a lieu promptement, quoique rien n'ait été fait pour rendre permanente cette ouverture accidentelle; aucune tente n'a été introduite pour en opérer la dilatation, et cependant la guérison a eu lieu promptement, parce qu'ici ce sont moins les moyens chirurgicaux que la disposition favorable des parties qui assure le succès. Au lieu de profiter de cette découverte fortuite, M. Briot cite après cette observation, deux autres observations; l'une de route artificielle à travers l'os unguis, l'autre, d'essai infructueux de cette même route artificielle sans que l'accident de l'observation rapportée plus haut ait conduit à tenter la perforation du sinus maxillaire. Il est possible que celles-ci soient antérieures à l'autre, car elles ne sont point datées; mais il résulte au moins du silence de M. Briot, que bien qu'il ait soupçonné la guérison possible par la lésion du sinus, il n'a pas apprécié les circonstances locales favorables qui pourraient assurer le succès d'une méthode nouvelle. De plus, comme il a cru, ce qui n'est pas impossible, que l'opérateur avait perforé la voûte orbitaire, et non pas le canal nasal à la partie supérieure et externe, il ne lui est pas venu dans l'idée (ce que je conçois sans difficulté) qu'il fût proposable de donner le précepte de perforer la voûte orbitaire pour guérir les fistules lacrymales. S'il eût alors examiné une tête sèche, sans aucun doute il serait arrivé à proposer la communication du canal nasal et du sinus maxillaire, comme une méthode de voie artificielle. Quoi qu'il en soit, son observation reste; et elle me semble tellement concluante, que sans autre fait, je n'hésite pas à penser qu'il est convenable d'employer ce moyen de guérison, au moins dans les cas où les autres ont échoué.

Vous voyez, M. le Rédacteur, que ce fait prouve même que chez un certain nombre de sujets, l'antre d'Hygmore suffirait à l'écoulement des larmes, et que j'allais peut-être trop loin en supposant d'abord qu'on serait souvent obligé d'ouvrir dans sa partie inférieure le sinus maxillaire pour obvier, soit à la rétention des larmes, soit à l'accumulation dans sa cavité d'un liquide mucoso-purulent produit de son inflammation. Si avant peu je trouve l'occasion de faire cette opération, il sera temps alors de vous parler d'un instrument convenable pour la pratiquer. L'observation de M. Briot prouve encore qu'il ne faut pas un instrument compliqué pour rendre l'ouverture permanente.

Je vous avouerai, monsieur le Rédacteur, qu'en songeant combien il faut, non pas de jours, mais de mois, pour obtenir par la méthode de Desault une guérison souvent temporaire, j'ai encore plus de plaisir à relire l'observation de M. Briot; et à reconnaître avec

quelle promptitude la guérison s'est opérée pour ne plus se démentir. Il m'arrive aussi de croire que dans les cas où, après avoir placé la canule de Foubert ou de M. Dupuytren, l'opérateur n'a pu acquérir immédiatement la preuve de la pénétration de la canule dans le méat inférieur, par la sortie brusque de l'air et du sang par la plaie, sans que néanmoins la guérison se soit fait attendre, l'extrémité de cette canule avait bien pu quelquefois être plongée dans le sinus maxillaire (1). S. LAVOREA.

— Les événemens mémorables de Juillet, en rendant aux français leur liberté politique, ne seront sans doute pas stériles pour les institutions médicales. La Faculté de médecine de Paris, établie par une loi, fut renversée en 1822 par une ordonnance. La congrégation, qui épiait depuis longtemps l'occasion d'envahir cette branche de l'instruction publique, s'irrua avec violence sur ce corps célèbre, et se partagea sans pudeur toutes les chaires dont elle put expulser les titulaires. Nous ne demandons pas une réaction qui, au nom des opinions qui ont fini par triompher, annihile des droits légitimement acquis, mais bien la réparation d'une souveraine injustice. La première chose qu'aura à faire le gouvernement légal sera de rapporter l'ordonnance du 2 février 1823, qui régla la nouvelle organisation de la Faculté de médecine, et de pourvoir aux places qu'y laisserait vacantes l'annullation des nominations faites par cette ordonnance. Pendant les années de la restauration, des hommes honorables ont été repoussés de l'école de médecine où auraient dû les appeler leurs travaux et l'éclat de leur enseignement particulier. Mais des opinions généreuses étaient alors des titres d'exclusion. Eh bien! maintenant leur temps est arrivé. Rien n'empêchera d'ailleurs les professeurs de la congrégation de se mettre sur les rangs : ils seront jugés selon leurs œuvres et mérites.

On devra ensuite s'occuper d'une loi qui organise définitivement l'enseignement et l'exercice de la médecine. Le moment est propice pour en établir solidement les bases sur l'intérêt de la science et de la société. Il serait utile que les médecins des chefs-lieux de département et d'arrondissement de la France se réunissent, et composassent des commissions chargées de transmettre à une commission centrale les besoins et les vœux du corps médical pour cette grande réorganisation depuis si longtemps désirée. R. D.

(1) Depuis que cette lettre a été donnée à l'impression, M. Dezeimeris a trouvé l'observation d'une fistule lacrymale guérie par la perforation du sinus maxillaire due à la carie, et l'exfoliation de la paroi correspondante du canal nasal.

Prix.

Le Conseil de la Société *Huntérienne* a mis à la disposition de la Société une médaille d'or de la valeur de dix guinées (250 francs), pour être décernée à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet proposé par le bureau. La question mise au concours pour cette année est ainsi conçue :

« La nature et l'histoire des formations tuberculeuses. »

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques accoutumées, au secrétaire de la Société, M. J. T. Conquest, 18 Aldenuanbury, avant le 1.er décembre 1830. Le prix sera décerné d'après le jugement du conseil à la séance annuelle de février 1831.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des plaies de tête et de l'encéphalite, principalement de celle qui leur est consécutive; ouvrage dans lequel sont discutées plusieurs questions relatives aux fonctions du système nerveux; par J. P. Gama, *officier de la Légion-d'honneur, chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, etc. Paris*, 1830, *in*-8.° *de* 460 *pages.*

Quand *l'examen des doctrines médicales* parut (1816), chacun regretta que l'auteur n'eût pas conservé dans ses critiques cette gravité et cette mesure qu'il convient toujours de garder dans une discussion scientifique. Toutefois, il combattit avec avantage des erreurs admises jusque-là comme des vérités; mais s'il fit prévaloir la cause qu'il défendait, il le dut surtout à la bonté de la cause elle-même, car sans cela les formes acerbes de la défense auraient pu seules en compromettre le succès. Ces réflexions nous sont suggérées par l'ouvrage que nous annonçons. En effet, il semble que tous ceux qui ont voulu, depuis cette époque, répandre les principes de l'école dite physiologique, aient pris à tache de donner à leur style un reflet de celui du maître. Mais qu'ils considèrent donc à quelle distance ils sont de lui, et que son exemple ne les justifie aucunement, car il y a long-temps qu'on a dit que « la conviction n'emploie ni la ruse, ni la violence pour se communiquer. » L'auteur de l'*examen* avait annoncé qu'il ne croyait pas « devoir adoucir sa critique, parce qu'il eut manqué son but en inspirant de la sorte trop de confiance pour des ouvrages qui ne sauraient être lus sans danger par ceux qui n'ont pas été prémunis contre les erreurs qu'ils contiennent (*Préface de la première édition.*) » M. G. nous apprend que « la lecture d'écrits parus depuis la première publication de son travail a r'ouvert pour lui la carrière de la critique, relativement à des doctrines qui lui

ont paru d'autant plus dangereuses, qu'elles exercent *actuellement* la plus grande influence sur l'enseignement et la pratique de la médecine.» La lecture de l'ouvrage de M. G. ne nous a pas fait découvrir à quels points de la thérapeutique actuelle des plaies de tête cette remarque pouvait s'appliquer; et, nous le répétons, le point de pathologie chirurgicale qui fait l'objet de ce travail n'est pas resté en arrière des progrès de la science, quoi qu'en dise M. G.; la pratique de tous les hôpitaux de Paris prouverait, au besoin, qu'on y est aussi avancé sur cette matière qu'on peut l'être à l'hôpital du Val-de-Grâce.

L'ouvrage de M. G. consiste dans l'amplification d'un mémoire sur les plaies de tête, qu'il publia dans le vingtième volume du *Recueil des mémoires de méd. chirurg. et pharm. militaires.* Après quelques considérations préliminaires sur l'histoire de ce genre de lésions, l'auteur étudie successivement les plaies de tête bornées aux parties extérieures, les plaies étendues aux méninges et au cerveau, la paralysie qui succède aux plaies de tête, la compression cérébrale, les sympathies morbides cérébrales, l'inflammation du cerveau et de ses dépendances, enfin le traitement des lésions cérébrales traumatiques et de leurs complications. Dans la revue historique par laquelle il débute, M. G. n'offre pas un tableau fort exact de la marche progressive de nos connaissances sur cette matière; ainsi, quoiqu'il prétende le contraire, il est bien démontré par les écrits d'Hippocrate, de Cassius l'Iatrosophiste, et d'Arétée, que dès leur époque on avait reconnu que la paralysie produite par une lésion cérébrale avait lieu du côté opposé au siége de cette lésion dans le cerveau.

Notre auteur rejette comme tout-à-fait illusoire l'observation de Valsalva sur la paralysie résultant de la compression qui, d'abord bornée à un seul côté, peut s'étendre aux deux par le passage de la matière de l'épanchement d'un ventricule dans l'autre. Cependant, ce phénomène pathologique a été constaté dans ces derniers temps d'une manière positive, par un observateur aussi exact que judicieux, M. Dance, et nous croyons que tous les argumens possibles ne peuvent pas détruire un fait matériel. Afin de compléter l'historique de chacun des points que l'auteur traite ensuite, et qu'il avait déjà étudiés dans son *mémoire*, on devait penser que, étant placé à la tête d'un grand hôpital, il puiserait ses exemples dans sa pratique. Mais non : la plupart sont des observations empruntées aux écrits les plus récens sur le système nerveux, et dont il analyse les diverses circonstances, moins pour en faire ressortir quelque application utile au diagnostic de la lésion dont il s'occupe, que pour combattre d'un ton ironique et souvent inconvenant les conséquences que les auteurs eux-mêmes avaient cru devoir en tirer. Il semblerait, à entendre

M. G., que les symptômes des altérations du système nerveux ont été généralement mal appréciés jusqu'à ce jour, et que les recherches dont cet appareil important a été l'objet n'ont fourni que des sources d'erreur. Telles sont, par exemple, les observations pleines d'intérêt de M. Ch. Bell sur les nerfs respiratoires, car cet ingénieux physiologiste « n'a évidemment pas compris le sujet qu'il voulait traiter, » suivant M. G. Ce jugement est, à quelques modifications près, celui que l'auteur porte sur tous ceux auxquels il emprunte quelques observations, et dont il discute les opinions avec un ton de persiflage qu'on a peine à concevoir.

Cependant, ses opinions propres pourraient fournir matière à plus d'une réflexion critique, et nous doutons fort que quelques-unes, entre autres, soient généralement accueillies. Par exemple, M. G. aura de la peine à faire admettre que jamais la compression du cerveau ne cause par elle-même la paralysie; que toujours ce symptôme résulte de l'irritation cérébrale, et non des collections formées dans le cerveau ou à sa surface. Est-ce donc à cette cause qu'est due la paralysie qui suit immédiatement une compression de l'encéphale? M. G. pense que l'action nerveuse qui constitue la sensibilité ne peut être séparée de celle qui préside au mouvement, qu'ainsi il est absurde de croire que chacune de ces fonctions soit départie plus spécialement à telle partie qu'à telle autre du système nerveux, que toutes les expériences faites à ce sujet ne prouvent absolument rien, et que la pathologie vient confirmer ces résultats négatifs, parce qu'il regarde comme tout-à-fait sans valeur, à cet égard, les exemples nombreux et bien constatés de paralysie du mouvement sans lésion de la sensibilité, *et vice versâ*. Nous pourrions citer encore, parmi les opinions qu'on ne lui disputera pas, sa théorie des abcès du foie dans les plaies de tête, cette assertion, que, chez les êtres privés de cerveau, la circulation ne se continue pas au-delà de leur séjour dans l'utérus, etc., etc.

Du reste, toutes les réflexions qui précèdent ne s'appliquent qu'à la partie théorique de l'ouvrage de M. G. Quant au traitement qu'il conseille dans les différentes lésions dont il a tracé l'histoire, l'auteur donne des préceptes rationnels, qui sont l'expression de ce qui se pratique le plus généralement aujourd'hui.

Mémoire sur l'angine épidemique ou diphthérite; *par M.* Emangard. *Paris*, 1829, *in-8.° Chez M.*[lle] *Delauney*.

Rien, à mon sens, ne gâte une cause comme l'emportement. A-t-on raison? On manque de générosité; car pourquoi battre ceux qui

sont à terre? Et si l'on a tort, on devient d'autant moins excusable, et l'on trouve les gens moins prêts à prendre les armes en notre faveur. Et puis, il me semble que ceux qui veulent absolument avoir raison, ont une propension presque involontaire à l'amour-propre, et partant un je ne sais quoi qui leur fait craindre les faits entiers et complets.

Ces réflexions me sont venues d'abord en voyant M. Emangard entrer dans la lice, tout botté, tout éperonné, tout bardé de menaces et quasi d'injures; comme si ce devait être grand sujet d'émoi pour nous autres *retardataires*.

Je ne sais vraiment, si c'est une des maximes de l'ancienne école du Val-de-Grâce, de guerroyer toujours avec des armes peu courtoises; mais j'ai eu, pour mon compte personnel, quelques coups de boutoir à essuyer, et notamment d'un M. Vialle de Mennecy, qui m'a, dit-on, traité d'ontologiste, à propos d'angine scarlatineuse, voire presque de Jésuite, ce qui a dû prouver à tout le monde que l'angine scarlatineuse était identique à la diphthérite (1).

J'arrive à M. Emangard, et il se convaincra, je l'espère, par la mo-

(1) Il me semble que M. Vialle, dont je n'ai jamais entendu parler, et qui certes ne me connaît pas, aurait dû, avant d'imprimer dans le Journal du Val-de-Grâce, que j'étais un *émissaire du parti*, s'informer de mes mœurs, de mon caractère, et de mes antécédens. Je défie hautement M. Vialle de citer une circonstance de ma vie passée qui autorise l'homme le plus malveillant à me donner une aussi injurieuse qualification. Je le défie de me prouver que j'aie jamais voulu exploiter à mon profit ou la dévotion, ou le royalisme, ou l'ontologisme (ce qui est bien pis, physiologiquement parlant); je le défie, en un mot, de trouver dans ma conduite un seul acte qui ne puisse être avoué par un honnête homme. M. Vialle en pourrait-il dire autant, lui qui, sans connaître un confrère, ne craint pas de le flétrir d'une épithète calomnieuse?

Je n'ai jamais fait grand cas des opinions du Val-de Grâce, et j'ai résisté fermement au torrent qui nous a tous débordés, voilà mon crime; mais je l'ai fait à une époque où il y avait peut-être quelque courage à le faire: aujourd'hui que M. Broussais a survécu à ses doctrines médicales, et qu'il appartient à la postérité, je rends à l'homme de génie l'honneur que je refusais et que je refuse encore au praticien.

Cette réclamation est tardive, j'en conviens, mais je la voulais faire dans un Journal qui eût des lecteurs; c'est pourquoi je n'ai pas choisi celui dans lequel j'avais été si grossièrement injurié. (1.er juillet 1830.) A. T.

dération de ma critique, qu'il est toujours convenable, dans un écrit comme dans le monde, d'être poli, même avec ceux qui ne sont pas de notre avis.

La première chose, quand on discute, est de s'entendre sur l'objet de la discussion ; car si l'un parle d'une maladie qui ne soit pas celle dont l'autre entend parler, il n'est guères possible, malgré une extrême bonne volonté, de comprendre les argumens de ses adversaires.

Or, c'est précisément ce qui arrive. M. Emangard appelle diphthérite ce que M. Bretonneau appelle angine couenneuse simple ou angine scarlatineuse ; et dès-lors ce que dit le médecin de Tours n'est plus applicable à la maladie que traite M. Emangard qui très-certainement n'a jamais vu d'épidémie de diphthérite, et nous le prouvons.

Dans la diphthérite de M. Emangard, il y a au début, une fièvre vive, et toujours des symptômes d'irritation violente du tube digestif ; la maladie s'accompagne souvent de symptômes ataxiques ou ataxo-adynamiques et complique fréquemment l'affection appelée autrefois typhus, etc., etc.

Or, dans la diphthérite qu'a décrite M. Bretonneau, et dans celle dont j'ai vu un grand nombre d'épidémies, on ne voit pas apparaître cette série de symptômes que signale ici M. Emangard. Il y a quelquefois une fièvre légère le premier ou le deuxième jour ; mais cette fièvre est tellement simple qu'elle n'oblige presque jamais les malades à garder le lit ; quant aux vomissemens, à la diarrhée et aux autres signes d'irritation violente du tube digestif, j'avouerai qu'ils m'ont entièrement échappé ; le pourquoi ? je l'ignore ; mais enfin, ils n'ont pu être constatés non plus par les très-nombreux médecins qui exerçaient dans les départemens où sévissait l'épidémie dont je parle. Je déclare aussi qu'il n'est jamais venu à ma connaissance que la maladie ait été dans son *acmé*, accompagnée de symptômes ataxo-adynamiques, ni qu'elle ait jamais été la complication du typhus.

Si donc les deux maladies, dont il est ici question, diffèrent tant et par leur marche et par leurs symptômes, et par leurs complications, il faut bien qu'elles ne soient pas identiques, il faut bien, comme je le disais tout à l'heure, que nous parlions, M. Emangard et moi, de choses tout-à-fait différentes, d'où il suit qu'évidemment nous ne pouvons nous entendre.

Si maintenant nous arrivons aux causes, nous verrons que nous ne nous rencontrerons pas davantage ; l'épidémie de M. Emangard *reconnaît certainement pour cause* les émanations des marécages, et cette idée qui sourit à notre auteur lui fait faire des erreurs de topographie et de géographie bien singulières. Par exemple, il s'appuie de Volney,

qui parle de la Loire entre *Nantes et Paimbœuf*, pour nous dire que la belle Touraine est inondée par les eaux de la Loire qui stagnent de toutes parts. Or, il ne s'agit que de monter en diligence, pour se convaincre que, depuis Orléans jusque par-delà Angers, la Loire coule entre des digues qui la bornent parfaitement, et que rien ne ressemble moins à des marécages que les îles de sable que l'abaissement des eaux du fleuve laisse au milieu de son lit. Et puis la Loire traverse le département dans une de ses directions de l'Est à l'Ouest, et dans le cas même où les bords de la Loire seraient marécageux, cela ne ferait pas que le reste du département, dans un rayon de dix lieues, fût marécageux aussi. J'accorde pourtant que Tours est humide, et qu'il y règne souvent des fièvres intermittentes; mais à Vouvray, où l'angine maligne a exercé de si grands ravages, et où l'a observée M. Quimier, peut-on accuser les mêmes influences. Vouvray, charmant village, situé sur le côteau sud de la Loire, et entouré de riches vignobles; Vouvray, le lieu le plus salubre que l'on puisse choisir.

M. Emangard veut-il d'autres exemples? Il verra la diphthérite sévir avec une horrible violence dans la partie Nord des départemens de l'Indre et du Cher, pays tout entier en forêts et en terres labourées, pays où il n'existe pas de marais, où les rivières coulent parfaitement encaissées; il verra la diphthérite régner du côté de Guéret dans le département de la Creuse, qui n'est traversé que par une espèce de torrent, et qui est formé par un terrain sec, inégal et pierreux, et il la verra en même temps dépeupler les bourgs de la Sologne situés au milieu des marais, et continuellement désolés par des fièvres intermittentes.

Si donc la maladie ne perd rien de sa violence lorsqu'on l'observe dans les pays les plus secs, il faut en arriver à cette conclusion, que l'humidité du sol n'est pas la cause de la diphthérite que j'ai observée, et qu'a décrite M. Bretonneau. Et si, d'un autre côté, la diphthérite de M. Emangard *reconnait très-certainement pour cause* l'humidité du sol, il faut en conclure, je le répète, que M. Emangard et moi nous ne parlons pas de la même maladie.

Il y a plus : la diphthérite de M. Emangard se développe, dit notre auteur, dans les années humides; or, il n'en est pas de même de la diphthérite de M. Bretonneau, qui n'a point fait acception des hauteurs barométriques. Car elle sévit à Tours en 1818, année éminemment chaude et sèche; elle se montra à Rebrechien, à Loury et à Marigny (Loiret) en 1825, année remarquable par les excessives chaleurs de l'été; elle fait de nombreuses victimes à Graçay (Cher) à Poullaines (Indre), à Chaumont (Loir et Cher) en 1826 et 1827, années dans lesquelles l'humidité de l'atmosphère ne fut pas fort grande; et par contre, elle désole Marcilly et Saint-Aubin (Loiret)

en 1828, année fort pluvieuse de l'aveu même de M. Emangard. Delà je concluds donc encore que M. Emangard et moi, nous ne parlons pas de la même maladie.

C'est bien autre chose quand il s'agit du traitement. Je déclare que dans les départemens de Loir et Cher, du Cher, de l'Indre et du Loiret, où j'ai observé la diphthérite, je n'ai connu que deux médecins, qui, ayant vu des épidémies de l'affection dont je parle, aient préconisé le traitement antiphlogistique ; l'un était un officier de santé de Graçay (Cher), l'autre un médecin fort distingué de Contres (Loir et Cher). Encore tous les deux reconnaissaient-ils que le traitement par les topiques escarrhotiques était aussi efficace que le traitement antiphlogistique ; et tous les autres avaient abandonné la médication du Val-de-Grâce pour recourir à celle de l'hôpital de Tours. Or, si la diphthérite de M. Emangard est aggravée par l'alun, le nitrate d'argent et le calomel, et si la diphthérite, que M. Bretonneau et tous les médecins de quatre départemens ont observée, cède à la *médication topique seulement*, il faut encore en conclure que M. Emangard et moi nous ne parlons pas de la même maladie. Si donc, comme j'en ai donné des preuves surabondantes, le croup de M. Emangard n'est pas la diphthérite de M. Bretonneau, il n'est pas possible de discuter plus long-temps; car nous parlons deux langues différentes, et nous n'avons pas de clef.

Je termine en rappelant à M. Emangard, qu'il altère involontairement la pensée de M. Bretonneau lorsqu'il prétend que ce médecin emprunte à Selle la médication par le calomel ; Selle, ainsi que le dit fort bien M. Emangard, propose de donner dans le croup les mercuriels jusqu'à la salivation ; et M. Bretonneau déclare dans cent endroits qu'il fait tout son possible pour éviter la salivation, que, dans ce but, il donne des purgatifs en même temps que le calomel ; que le calomel est pour lui un médicament topique, et non un médicament qui doive affecter tout le système. A. TROUSSEAU.

Considérations générales sur l'état actuel de la médecine, et sur les moyens d'apporter dans l'enseignement, ainsi que dans l'exercice de cet art, les changemens nécessités par les progrès des connaissances ; par M. M. R. CHARBONNIER. *Paris*, 1829. *In-8.°*, 154 *pages. Chez M.*lle *Delaunay.*

La Société Royale de Médecine de Marseille mit au concours pour 1829 les deux questions suivantes : 1.° Dans l'état actuel de la médecine, l'enseignement public et l'exercice de cet art réclament-ils des améliorations? 2.° Dans l'affirmative, faire connaître en quoi consistent ces améliorations ; indiquer en outre les meilleurs moyens de former le plus grand nombre possible d'excellens médecins et chirurgiens praticiens.

C'est pour répondre à ces questions que M. Charbonnier a entrepris le travail que nous annonçons, et qu'il s'est décidé à l'offrir au public, d'après l'invitation de quelques confrères, sans attendre la décision du corps savant, au jugement duquel il l'avait d'abord soumis. Ce travail est divisé en deux parties : la première renferme des recherches historiques sur les progrès, l'enseignement et l'exercice de la médecine depuis la fin du siècle dernier jusqu'à l'époque actuelle. Quoi qu'en dise l'auteur, nous ne pensons pas qu'il fût nécessaire de reprendre les choses de si loin pour répondre aux questions proposées, et il s'agissait bien moins de savoir comment nous avions été amené à l'établissement des abus qui existent dans l'enseignement et l'exercice de la médecine, que de signaler ces mêmes abus (ce à quoi l'auteur ne s'est pas assez attaché) et de présenter les moyens de les faire disparaître. Cette partie de l'ouvrage n'éclairant en rien la question, et n'offrant rien de remarquable, nous n'en parlerons pas, et nous arrivons de suite à la seconde division de l'auteur.

Ici, M. Charbonnier présente le plan d'étude qui lui paraît le meilleur pour former de bons médecins. Il expose d'abord tous les avantages d'une éducation libérale, reconnaît comme indispensable l'étude des langues anciennes, à laquelle, quoiqu'il n'en parle pas, il convient d'ajouter celle des langues vivantes, et surtout l'étude des mathématiques, beaucoup trop négligée et si propre cependant à former le raisonnement. Il voudrait que les élèves connussent déjà parfaitement les sciences dites accessoires, avant de se livrer à l'étude de l'anatomie et de la physiologie, et qu'ils ne pussent passer à celle de la pathologie sans avoir été jugés capables par des examens sévères et souvent répétés. Muni de toutes les connaissances indispensables à l'étude des maladies, les élèves commenceraient alors la pathologie et seraient admis dans les hôpitaux. Pourquoi l'auteur vient-il ici émettre cette étrange opinion, qu'il conviendrait de déterminer le nombre des étudians qu'il est possible d'admettre dans les différens services médicaux de chaque hôpital? Sans examiner tout ce qu'aurait de désavantageux une pareille mesure, nous demanderons à M. Charbonnier si, pendant qu'il était élève, il eût été flatté d'être astreint à suivre tel service médical ou chirurgical. Il convient donc de laisser à l'élève le choix de ce service, les moyens d'instruction étant loin d'être les mêmes dans tous, et à cause des hommes qui se trouvent à la tête, et à cause de la distribution des malades ou, si l'on veut, des maladies dans les hôpitaux. Quoi qu'il en soit, après avoir fait connaître à ses pupilles l'hygiène et la thérapeutique, l'auteur les initie à la médecine pratique. Ici, nous applaudissons au plan proposé par l'auteur : il voudrait que, arrivés à ce terme de

leurs études, les élèves fussent, après des épreuves rigoureuses, admis dans les hôpitaux en qualité de chirurgiens internes. Leur service, comme tels, serait limité à une année. Ceux qui voudraient obtenir aussi le grade de docteur en chirurgie seraient choisis comme aides dans les opérations, et exercés au manuel de toutes celles qui se pratiquent sur le corps de l'homme. Si un tel système était adopté, peut-être avec quelques modifications, il n'y aurait plus, au détriment du plus grand nombre, que quelques élèves à profiter de l'instruction solide que l'on acquiert dans un poste qui est trop souvent encore accordé à la faveur. La plupart des médecins ne quitterait plus l'école sans se douter des difficultés de la médecine pratique; dès notre début, notre marche serait plus assurée et moins chancelante, et, nous n'en doutons pas, ce serait un moyen de reconquérir la considération publique, qui semble nous abandonner.

M. Charbonnier voudrait encore que le doctorat fut le seul grade en médecine, qu'on ne pût l'obtenir avant 24 ans, que les examens fussent plus sévères et publics, comme avant la réorganisation de l'Ecole; il voudrait qu'on annulât le privilége de l'enseignement médical, et qu'on en revînt au mode des concours pour le choix des professeurs, dont les fonctions, limitées à un certains temps, permettraient de remplacer ceux qu'un mauvais choix aurait élevés à ce titre honorable. Nous aussi nous appelons de tous nos vœux cette réforme, mais nous demanderons de plus qu'on fonde une clinique d'accouchement qui n'existe que de nom; qu'on rétablisse les cours d'histoire de la médecine et de la littérature médicale. N'est-il pas honteux pour nous, qui voulons exceller en tout, d'être obligés d'aller puiser dans des ouvrages étrangers la connaissance des richesses littéraires que nous possédons. Nous demanderons encore jusqu'à quel point il ne conviendrait pas de créer des charges de médecins légistes, de fixer à cinq ans au moins la durée des études médicales, et de modifier le nouveau mode des examens, dont la plupart des professeurs ont déjà reconnu les inconvéniens et les abus.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'exercice public de la médecine. Il recherche les causes de la défaveur qui attaque les médecins, et les trouve dans les réceptions d'hommes incapables, dans la tolérance du charlatanisme, et dans certaines manœuvres que ne rougissent pas d'employer quelques confrères. Il repousse de tout le pouvoir de sa logique et de sa raison l'établissement des conseils de discipline, dont il n'a pas de peine à flétrir tout ce qu'ils offrent d'odieux et ce qu'ils renfermeraient d'abusif.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AOUT 1830.

Recherches sur les altérations que présentent les viscères dans la scarlatine et la variole; inductions qu'on peut en tirer concernant le traitement; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (IIe article.)

Cinquième série de faits.

Varioles mortelles du 7.e au 9.e jour de l'éruption. — *Obs.* XVIIe — Un charpentier, âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, n'ayant point encore été atteint de la variole ni vacciné, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 8 octobre 1825, éprouvant depuis deux jours de la fièvre, du mal-aise, de la douleur dans les reins, et une grande céphalalgie. Au 3.e jour révolu, une éruption de petits boutons rouges se manifesta sur le front et à la face, puis sur le reste du corps; la fièvre éprouva en même temps un peu de rémission. Les jours suivans, ces boutons grossirent peu-à-peu et prirent enfin le caractère varioleux; ils étaient extrêmement confluens à la face, un peu moins sur le tronc et les membres. Au 6.e jour, épistaxis abondante au moyen de laquelle le malade

perdit environ quatre palettes d'un sang rouge et concrescible, allégement dans la céphalalgie. (*Tisane d'orge.*) Les 7.e et 8.e jours, progrès croissans de l'éruption, pustules commençant à blanchir et à se déprimer à leur centre, redoublement de la fièvre, mal-aise général, douleur pendant la déglutition. Le 9.e jour, confluence telle des pustules de la face, qu'elles semblent ne former qu'une seule ampoule aplatie et grisâtre; aux membres, plusieurs de ces pustules se sont réunies en formant également de larges ampoules; pouls fort plein et rebondissant, douleur gutturale accompagnée d'une certaine raucité dans la voix. (20 *sangsues sous la mâchoire.*) Le 10.e jour, flétrissure des pustules de la face qui commencent à se convertir en croûtes brunâtres et d'un aspect repoussant; sur les membres grandes phlyctènes à moitié affaissées, remplies d'un fluide ichoreux; déglutition embarrassée, langue desséchée au centre, pouls d'une fréquence modérée, intelligence saine : mort presque subite à six heures du soir.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Surface cutanée recouverte des croûtes, ampoules et pustules dont il a été question, répandant une odeur infecte. — *Tête.* Tégumens du crâne épaissis et indurés par l'infiltration d'une lymphe plastique et jaunâtre, ce qui se remarquait principalement au niveau des muscles temporaux et sur le front; pie-mère plus rouge et plus injectée que dans l'état naturel; cerveau entièrement sain. — *Organes respiratoires.* Larynx offrant à l'intérieur une couleur rouge foncée et un véritable épaississement de la membrane muqueuse qui le tapisse. A l'entrée de cette cavité, les ligamens arythéno-épiglottiques et le pourtour de l'épiglotte étaient infiltrés d'une sérosité jaunâtre, et par suite avaient doublé d'épaisseur comme il arrive dans l'angine œdémateuse; la trachée-artère

était parsemée dans toute son étendue, de pustules entièrement semblables à celles de la peau, si ce n'est qu'elles offraient une couleur blanche; cette éruption cessait brusquement au niveau de la bifurcation de ce canal: dans l'intervalle de ces pustules, la membrane muqueuse présentait une rougeur intense qui se continuait dans les bronches en prenant une teinte violacée; du reste, le parenchyme des poumons et le cœur étaient dans l'état naturel. — *Abdomen.* Membrane muqueuse de l'estomac tapissée par un mucus glaireux, fortement ponctuée en rouge vers le grand cul-de-sac, épaissie et mamelonnée au niveau de la région pylorique; valvules conniventes de l'intestin grêle tuméfiées et élargies, de manière à déborder les unes sur les autres, injectées et couvertes d'un mucus visqueux coloré en jaune par la bile; à la fin de l'intestin grêle, grand nombre de follicules engorgés et formant des plaques ovales saillantes, ou de petits boutons isolés comme on l'observe dans la dothinentérie; gros intestin et autres viscères dans l'état naturel.

Obs. XVIII.e — Un porteur d'eau, âgé de 21 ans, grand, sanguin, imberbe, fut pris sans cause connue, le 8 juillet 1825, de courbature générale, de céphalalgie, de douleur dans les reins, enfin d'envies de vomir et d'une forte fièvre. Le lendemain, ces symptômes allèrent en augmentant. Le 3.e jour, le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu, où l'on ne constata d'abord que les symptômes d'une forte irritation gastrique; la langue était rouge à ses bords, resserrée à sa pointe, l'épigastre sensible à la moindre pression; avec cela beaucoup d'altération, de chaleur à la peau et de fréquence dans le pouls. Mais le 4.e jour au matin, apparition de petits boutons rouges et coniques sur le front, coloration intense du reste de la face; d'ailleurs, persistance de la fièvre, malaise considérable, sensibilité épigastrique au même degré

que la veille. Diagnostic d'une variole; le sujet n'avait jamais éprouvé cette maladie et n'avait point été vacciné. (*Tisane de guimauve.*) Les 5.e et 6.e jours, l'éruption a peine à se produire ; néanmoins elle gagne le tronc, mais les pustules restent petites et ne s'étendent point encore aux membres, la langue est sèche à son centre, le pouls fréquent, l'épigastre toujours sensible à la pression. (*Saignée, 3 palettes.*) Le 7.e jour, progrès de l'éruption, élévation des pustules qui commencent à se disséminer sur les membres où elles sont assez discrètes, mais plus rapprochées à la face, moins de mal-aise, moins de fièvre, moins de sensibilité à l'épigastre. Le 8.e et le 9.e jour, les pustules grandissent de plus en plus, et commencent à se déprimer à leur centre; rien autre de particulier dans l'état du malade, qu'un peu d'agitation. (*Limonade aromat., lavement avec addition de camphre, gr.* vj.) Le 10.e jour, redoublement de la fièvre, sécheresse de la langue, dont les bords sont recouverts de petits boutons blancs analogues à ceux de la peau; parole âpre et rauque; il semble que l'arrière-bouche est à moitié obstruée par un corps étranger. (*Même presc.*) Le 11.e jour, affaissement des pustules de la face, fréquence extrême du pouls, agitation délirante, raucité de la voix. Mort à trois heures du soir.

Ouverture du cadavre le lendemain. — A l'extérieur, décoloration des pustules, dont l'aspect terne et croûteux formait une image hideuse à voir. — *Tête.* Injection plus qu'ordinaire des vaisseaux de la pie-mère, sablure de la substance cérébrale, deux cuillerées environ de sérosité dans les ventricules, aucune autre lésion dans l'encéphale, pharynx d'une couleur noirâtre uniforme; larynx offrant la même couleur, et de plus un épaississement avec rides de la membrane muqueuse qui le tapisse; trachée-artère recouverte dans toute sa longueur de petits

boutons blanchâtres légèrement déprimés à leur centre, très-rapprochés les uns des autres, et reposant sur un fond rouge constitué par la membrane muqueuse de ce canal. Ces boutons ressemblaient exactement à ceux que présentait la langue pendant la vie, et différaient de ceux de la peau en ce qu'ils étaient moins élevés et d'une couleur blanche; on n'en voyait aucune trace dans les bronches, dont la surface était violacée, mais lisse comme dans l'état naturel; du reste, le parenchyme des poumons était fortement engoué par du sang noir, le cœur sain. — *Abdomen*. Estomac ponctué en rouge dans sa presque totalité, comme ecchymosé en quelques points; la membrane muqueuse de ce viscère était épaissie, faiblement consistante, et recouverte d'un mucus tenace abondant. Intestins grêles sains, à l'exception de leur partie inférieure où l'on voyait un assez grand nombre de follicules isolés, saillans, en forme de mamelons coniques, point de rougeur environnante; dans le cœcum, injection foncée qui disparaissait entièrement dans le reste du gros intestin.

Obs. XIX.e—Un maçon, âgé de 38 ans, velu, fortement constitué, fut pris sans cause connue, le 9 juillet 1825, de courbature avec douleur contusive dans les reins, céphalalgie et fièvre très-vive. Les 10, 11 et 12, ces symptômes augmentèrent. Le 13, jour de l'entrée du malade à l'Hôtel Dieu, on apercevait sur le front de petits boutons rouges et pointus, indices d'une éruption, laquelle, confluente à la face et discrète sur le tronc, s'étendit dans la journée à toute la surface du corps. Entre ces boutons, on remarquait un grand nombre de petites taches noires, exactement arrondies, ne formant aucun relief, semblables à des pétéchies. La langue était bordée en rouge, sèche au centre; le pouls petit, faible et peu fréquent; le malade n'avait point éprouvé la variole

et n'avait point été vacciné. (*Tisane de mauve.*) Le 14, peu de progrès dans le développement des boutons, faiblesse du pouls, symptôme qui, joint à l'existence des taches pétéchiales, engage à prescrire deux pots de décoction de quinquina. Sur le soir, le malade se désespère; il porte la main sur la région précordiale, et dit que son cœur ne bat plus, qu'il va mourir; cependant l'intelligence paraît saine, la respiration calme et naturelle; le pouls est à peine fréquent, mais toujours dépressible. Le 15, le moral est dans un état meilleur, l'éruption a fait des progrès, le pouls est plus développé et plus consistant que les jours précédens. (*A la décoction de quinquina on ajoute pour traitement trois bols composés chacun d'extrait de quinquina gr. ij, camphre gr. j, des sinap. aux pieds.*) Le 16, le malade est encore frappé de l'idée qu'il va bientôt succomber, et l'éruption se présente sous des caractères alarmans. Les pustules sont très-inégales sous le rapport de leur développement; ainsi les unes commencent à peine à soulever l'épiderme, tandis que les autres ont acquis presque toute leur maturité, la plupart sont circonscrites par une aréole violette et terne. En outre, les taches pétéchiales observées les premiers jours se sont peu-à-peu converties en pustules tendant à prendre la forme variolique, mais conservant leur couleur noire; le pouls a faibli de nouveau, la parole est voilée par une sorte d'enrouement guttural. (*Julep gommeux avec extrait de quinquina, ʒ j, et camphre, gr. iij.*) Le 17, mêmes symptômes, même couleur et même inégalité dans l'éruption. (*Même prescription.*) Au soir, le malade loin de se désespérer se disait parfaitement bien, mais ses idées étaient égarées; il a succombé le 18 à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre, dix heures après la mort. — *Extérieur.* Les pustules s'étaient affaissées en prenant une

couleur plombée; leur limbe était couronné d'un cercle violet comme pendant la vie. — *Tête.* Trois à quatre cuillerées de sérosité transparente contenues dans la cavité même de l'arachnoïde; infiltration sous-arachnoïdienne assez abondante de la même lymphe séreuse, injection foncée de la pie-mère, dont le réseau vasculaire formait une membrane d'un rouge uniforme; sablure marquée de la substance cérébrale, quantité notable (3 à 4 cuillerées) de sérosité dans les ventricules. Pharynx partout de couleur noirâtre et rugueux au toucher, par l'effet d'un grand nombre d'élevures semblables aux pustules de la peau qui s'étaient développées sur la membrane muqueuse de ce canal; ligamens arythéno-épiglottiques formant deux bourrelets épais, infiltrés de sérosité et d'un rouge-brun à l'extérieur, bouchant en grande partie l'entrée de la glotte; larynx de couleur violacée intérieurement, recouvert, comme le pharynx, de petites granulations pustuleuses faisant corps avec la membrane muqueuse; la même éruption existait dans toute l'étendue de la trachée-artère, reposant également sur un fond noirâtre de la membrane muqueuse. Les bronches étaient violettes à l'intérieur, et tapissées dans leurs dernières divisions par un mucus tenace; les poumons étaient engoués dans leur totalité, le cœur sain. — *Abdomen.* Ponctuations rouges nombreuses à la surface de la membrane muqueuse de l'estomac, notamment vers le grand cul-de-sac et le bord colique; la surface de ce viscère était en outre recouverte d'un mucus épais et gluant; développement remarquable des follicules de Peyer et de Brunner, formant à la fin de l'intestin grêle des plaques et des élevures nombreuses, mais sans rougeur environnante; même éruption de la plupart des follicules du gros intestin, lesquels formaient autant de petits mamelons rugueux au toucher et légèrement déprimés à leur centre.

où ils étaient marqués d'un point noir : cette coloration était d'ailleurs répandue dans toute la longueur de ce canal.

Obs. XX.[e] — Un chaircutier, âgé de 19 ans, fort et sanguin, éprouve, le 5 juillet 1825, des lassitudes générales, de la céphalalgie, une forte douleur de rein et de la fièvre, symptômes qui vont en augmentant le 6 et le 7; il s'y joint quelques envies de vomir. Le 8, éruption de petits boutons rouges et confluens à la face, rémission dans la fièvre. Le 9, éruption se développant largement, couvrant la face et le tronc, s'étendant aux membres; fièvre modérée, légère douleur gutturale. (12 *sangs. sous la mâchoire.*) Le 10, confluence des pustules à la face, langue humide, fièvre au même degré que la veille. (*Tis. de lin, guimauve.*) Le 11 et le 12, accroissement graduel et régulier des pustules qui commencent à blanchir à leur sommet, circonscrites d'ailleurs par une aréole rosée; tuméfaction considérable de la face et surtout des régions parotidiennes, salivation, pouls plein et plus fréquent que les jours précédens. Le 13, creusement central des pustules du tronc et des membres, aplatissement de celles de la face. D'ailleurs, aucun accident; l'intelligence est saine. Le 14, larmoiement et rougeur des conjonctives, provoqués par quelques pustules qui se sont développées sur le bord libre des paupières; sécheresse de la langue; du reste, rien autre de particulier. Le 15, dessiccation des pustules et formation de croûtes à la face, langue recourbée en gouttière et entièrement sèche; pouls fréquent et développé; d'ailleurs, aucun accident apparent : toutefois on prescrit deux bols composés chacun de camphre et nitre, ãã gr. ij. Le 16, insomnie, agitation, aspect sanglant des croûtes de la face, ce qui provient des déchiremens opérés par le malade en se grattant; pustules des membres comme

perlées et semblables à des gouttes de cire blanche. (*Même prescription.*) Au soir, le malade paraît inquiet, agité, change continuellement de position ; cependant il est encore sain de raison, mais pendant la nuit il se lève en délire et court dans la salle. Il succombe inopinément le 15 au matin.

Ouverture du cadavre le 18. — Odeur fétide des pustules cutanées, lesquelles forment à la face une croûte épaisse et dégoûtante. — *Tête.* Rien de contre-nature dans cette cavité, point d'injection ou de ponctuations anormales, dans le cerveau ou ses membranes. — *Poitrine.* Intégrité parfaite des organes thorachiques, du larynx, de la trachée-artère et des bronches en particulier. Mais dans l'abdomen, grand désordre, membrane muqueuse gastrique çà et là ponctuée en rouge, noirâtre en d'autres points, épaissie et d'une faible consistance. Intestins grêles parsemés dans toute leur longueur d'un nombre immense d'élevures granuleuses du volume d'une lentille, formant par leur rapprochement une surface hérissée d'aspérités, comme une peau de chagrin. Ces élevures, plus rares à la partie supérieure de l'intestin qu'à sa partie inférieure, se changeaient là en plaques saillantes et de forme ovale; il était facile de voir par là qu'elles occupaient les glandes de Brunner et de Peyer. Du reste, à part ce gonflement des follicules intestinaux, il n'y avait aucune altération de couleur ou de consistance de la membrane muqueuse ; le gros intestin était entièrement sain.

Les observations qui précèdent font voir qu'il en est de la variole comme de la scarlatine, sous le rapport des accidens qui peuvent se développer dans le cours de ces maladies ; elles font voir que, malgré la diversité de leurs causes, ces deux affections se rapprochent en un point, celui d'agir phlogistiquement sur les mêmes tissus chacun

à sa manière, et au dedans comme au dehors, dans les cas les plus graves. Ainsi dans la scarlatine nous avons vu les membranes muqueuses, quelquefois le cerveau, offrir une rougeur intense analogue à la rougeur cutanée; nous avons remarqué surtout que certains points des membranes muqueuses étaient le siège de ces congestions; de même dans la variole nous trouvons, outre l'éruption propre à cette maladie, des pustules varioliformes dans le pharynx, le larynx, et notamment dans la trachée-artère, des traces de congestion dans le cerveau et les méninges, des rougeurs par piquetures et injections de la membrane muqueuse de l'estomac; enfin un développement remarquable de la plupart des follicules intestinaux, ce qu'on remarque pareillement dans certains cas de scarlatine. Ces lésions ont troublé la marche ordinaire de la variole, comme nous l'avons observé pour la scarlatine, produisant dans l'un et l'autre cas des accidens graves et promptement mortels.

Mais examinons de plus près les observations sur lesquelles nous basons ce rapprochement. Toutes témoignent de l'existence de phlegmasies viscérales, comme nous venons de le dire, mais sous une forme particulière, dans les voies aériennes; ce sont là des pustules nombreuses ayant la même apparence que celles de la peau, moins une certaine blancheur qui tient peut-être à quelque différence d'organisation des tissus muqueux et cutané. Ces pustules paraissent avoir favorisé dans deux de ces cas (*Obs.* XVI.ᵉ, XIX.ᵉ) l'épaississement par infiltration séreuse des ligamens qui bordent l'entrée du larynx, sorte d'angine œdémateuse que nous avons pareillement observée dans la scarlatine (*Obs.* VI.ᵉ); elles ne se sont point étendues dans les bronches ni dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, à moins qu'on ne veuille prendre comme telles les saillies papuleuses

formées par le développement insolite des follicules de cette membrane, et la ressemblance est assez grande pour qu'on ait pu commettre des erreurs à cet égard. Plusieurs auteurs parlent en effet de varioles internes occupant toute la longueur du canal intestinal, mais nous pensons qu'il y a de la différence entre un follicule engorgé et une pustule variolique, laquelle ne nous paraît point consister dans le développement morbide des organes analogues préexistans à la peau. Quoi qu'il en soit, cette lésion des follicules intestinaux établit une grande analogie entre la variole, la scarlatine et les fièvres dites typhoïdes[1], lesquelles intéressent ces follicules exactement de la même manière, à tel point que l'anatomiste le plus exercé ne pourrait distinguer, d'après l'inspection de la lésion, à laquelle de ces maladies elle appartient; nous dirons plus tard quelles inductions on peut tirer de ce fait remarquable. Ces désordres intérieurs, qui ne sont qu'accidentels dans la variole comme dans la scarlatine, ont influé d'une manière fâcheuse sur la marche de ces maladies. Dans la variole, l'éruption cutanée s'est produite avec peine (*Obs.* XVII.e), sans qu'il y eût rémission de la fièvre; elle s'est développée irrégulièrement (*Obs.* XVIII.e) avec une confluence telle, que la face semblait ne former qu'une seule ampoule; elle s'est fanée avant le temps, accompagnée, dans un cas (*Obs.* XIX.e), de pétéchies et de pustules livides. Faut-il se demander d'où viennent de pareils changemens? l'extension de la maladie dans la profondeur des viscères, n'en est-elle pas la cause? n'a-t-elle pas contre-balancé et détérioré le travail qui se passait à la peau, de la même manière qu'une inflammation interne accidentelle amortit et dénature celui qui est nécessaire à la guérison d'une plaie. Que, par exemple, une pneumonie survienne dans ces cas, aussitôt la plaie devient

blafarde, ses bourgeons charnus se flétrissent et cessent de fournir une suppuration de bonne nature. Ces pétéchies, que nous avons vu plus tard se convertir en pustules imparfaites (*Obs.* XIX.e), n'étaient-elles pas le produit d'autant de germes varioliques avortés par le contrepoids de l'irritation intérieure? Oui, telle nous paraît être la cause de ces varioles graves et anomales que leur aspect particulier a fait désigner par le surnom de varioles noires; loin de déposer contre la nature phlegmasique de la maladie, elles annoncent au contraire un surcroît et une prédominance de phlogose, non pas à la peau, mais dans les viscères (1). Aussi les toniques employés dans quelques-uns des exemples que nous avons rapportés (*Obs.* XVIII.e, XIX.e, XX.e), nous paraissent-ils avoir été contraires. La mort est survenue du 8.e au 9.e jour à dater de l'éruption; elle a été brusque et presque inattendue, précédée d'une certaine aphonie avec raucité de la voix dans les trois cas où des pustules occupaient le larynx et la trachée-artère; c'est là d'ailleurs le seul symptôme qui pouvait donner l'éveil sur cette complication.

Le parallèle que nous venons d'établir entre la scarlatine et la variole, sous le rapport des accidens dont le point de départ a son siège dans les viscères, pourrait éga-

---

(1) L'illustre Sydenham, guidé par la seule observation des symptômes, ne s'en était point laissé imposer par la couleur particulière et les autres irrégularités de l'éruption. Après avoir décrit les varioles anomales des années 1670, 71 et 72, il termine en ces termes: « *De variolis hujus* constitutionis *nihil superaddam, cum jam aliam* « *speciem fusiùs tractaverim, à quibus hæ in eo tantum discrepant,* « *quod naturæ calidioris fuerint, et magis* inflammatoriæ; *unde se-* « *quitur, diligentiorem adhuc operam fuisse navandam, ut restin-* « *gueretur intensior iste calor, qui tam iis naturalis erat, et ægro* « *ita certum minitabatur incendium.* »

lement s'étendre aux autres fièvres éruptives, et notamment à la rougeole qui, le plus souvent, ne devient grave que par la coexistence d'inflammations internes occupant en particulier les organes respiratoires; mais ce serait abuser de la patience du lecteur que de vouloir insister sur un fait reconnu de tous les praticiens. C'est pourquoi nous allons passer de suite au résumé des observations concernant en particulier la scarlatine, maladie que nous avons eue spécialement en vue dans ce travail.

Résumé général; conclusions.

La plupart des observations qui viennent de passer sous les yeux du lecteur ont été recueillies en 1825 (de mars en octobre), année remarquable par ses grandes chaleurs et fertile en maladies éruptives graves; c'est pendant cette année que la variole sévit avec une fureur extrême, et que, pour la première fois, du moins en France, la vaccine se montra sur une masse considérable d'individus, insuffisante pour conjurer entièrement ce fléau redoutable. Un grand nombre de ces derniers furent en effet atteints d'une sorte de variole qui, bien que modifiée dans sa marche, atténuée dans ses symptômes (varioloïde), était trop ressemblante à la véritable variole pour ne pas être un rejeton de la même souche. C'est aussi à la même époque que la scarlatine régna d'une manière épidémique; les jeunes gens, et surtout les femmes en couches, en furent les principales victimes. Quelques-unes de ces dernières, sortant de l'hospice de la Maternité (*Obs.* XIII.e et XIV.e), où la scarlatine exerçait ses premiers ravages, ainsi que l'atteste l'excellente dissertation de notre ancien collègue, M. Senn de Genève (1), en ap-

(1) *Essai sur la scarlatine puerpérale*, Paris, 2 août 1825. Malgré le titre de cette Dissertation, l'auteur n'a point eu en vue de faire de

portèrent les germes à l'Hôtel-Dieu, où les nouvelles accouchées ne furent pas plus épargnées qu'à la Maternité. Plusieurs succombèrent dès le second jour de l'invasion de la maladie; d'autres périrent à une époque plus éloignée, et la mort était ordinairement précédée de délire; quelques-unes, enfin, et c'est le plus petit nombre, ne réchappèrent qu'à la faveur du traitement antiphlogistique.

On voit, d'après ce court aperçu, qu'il existait, à l'époque dont nous parlons, des influences soit locales, soit générales, en vertu desquelles la scarlatine et d'autres maladies éruptives se montrèrent à la fois très-communes et très-graves; si, d'ailleurs, les nouvelles accouchées en furent spécialement atteintes, ne faut-il pas en chercher la raison dans la susceptibilité particulière qu'amènent la grossesse, le travail de l'accouchement et ses suites?

---

la scarlatine des femmes en couche une espèce à part; il la considère seulement dans ses rapports avec l'état puerpéral, état qui favorise singulièrement la disposition à contracter cette maladie et en augmente les dangers. C'est en général peu de temps après l'accouchement, que ses prodrômes se manifestent; nous les avons vus dans un cas (*Obs.* I.re) survenir pendant la grossesse et déterminer l'avortement, mais communément la scarlatine respecte les femmes enceintes, ce qui a toujours eu lieu à la Maternité, d'après la Dissertation que nous venons de citer. Le mal de gorge est ordinairement moins marqué, et l'éruption moins générale que dans la scarlatine ordinaire, si nous nous en rapportons du moins à nos propres observations; il y a souvent diminution, suppression ou altération du flux lochial. Cette scarlatine des femmes en couche a toujours été observée régnant d'une manière épidémique, et quelquefois tellement meurtrière, que tous les sujets succombaient, quelque moyen qu'on employât. Cette mortalité a été vue à diverses époques (au rapport de J. Frank), parmi les femmes en couche du grand hôpital de Vienne. Du reste, M. Senn a trouvé, dans les membranes muqueuses gastrique et trachéo-bronchique, les mêmes altérations dont nous avons parlé. Cet accord entre deux observateurs placés dans des localités différentes, ne peut être que favorable à la vérité.

Quoi qu'il en soit, l'invasion de la scarlatine était ordinairement brusque et inattendue; la plupart des malades se disaient bien portans la veille ou le jour même de cette invasion (*Obs.* IV.ᵉ, VIII.ᵉ, XIV.ᵉ et XV.ᵉ). Aucun d'eux ne pouvait assigner une cause à l'origine d'un mal qui les avait pris à leur insçu, ce qui arrive presque toujours dans les maladies épidémiques. C'était par des lassitudes et un malaise général, souvent par des vomissemens bilieux et des douleurs de reins intolérables, quelquefois par des frissons, et presque toujours par un mal de gorge plus ou moins violent, que cette affection débutait. Ces symptômes se succédaient promptement, et quelquefois apparaissaient tous en même temps; la nuit suivante était ordinairement marquée par un redoublement très-intense, et au bout de vingt-quatre à trente heures la scarlatine commençait à se dessiner à l'extérieur par ses caractères propres. Il est à remarquer que plus les phénomènes précurseurs étaient intenses, plus la maladie se montrait grave par la suite; et parmi ces phénomènes, celui du plus mauvais augure nous a paru être la douleur de rein, laquelle était comparable par sa violence à celle du lombago. (*Voyez* en particulier l'*Obs.* V.ᵉ)

Dès le lendemain ou le surlendemain, la peau commençait à offrir les traces de l'éruption scarlatineuse; la rougeur, d'abord partielle et bornée au-devant de la poitrine, s'étendait bientôt à toute la surface du corps; mais dans quelques cas elle restait limitée aux points de la peau où cette membrane présente le plus de finesse, comme aux plis des articulations, à la paroi antérieure de l'abdomen, etc. (*Obs.* XV.ᵉ); nous avons vu même cette rougeur manquer entièrement (*Obs.* IX.ᵉ), bien que tous les autres symptômes portassent à penser qu'il s'agissait réellement de la scarlatine. Cette éruption persistait pendant deux, trois ou quatre jours, plus ou moins appa-

rente suivant les individus, et sujette quelquefois à des retours à une époque éloignée de la maladie, comme si la scarlatine se montrait de nouveau. (*Obs.* VII.ᵉ et VIII.ᵉ)

Le mal de gorge différait de celui d'une angine ordinaire, en ce que, avec un gonflement peu considérable du voile du palais, des amygdales, etc., ces parties étaient néanmoins le siége d'une douleur âcre, persévérante, et peu en rapport avec l'intensité de l'inflammation qui semblait y exister (*Obs.* IX.ᵉ en particulier). Cependant, ce mal de gorge était quelquefois peu marqué (ce qui avait lieu notamment chez les femmes en couche, dont quelques-unes éprouvaient seulement de l'enrouement) (*Obs.* XIII.ᵉ et XIV.ᵉ), ou même n'était l'objet d'aucune plainte de la part des malades (*Obs.* V.ᵉ), sans que pourtant les autres phénomènes s'éloignassent du type propre à la scarlatine. Du reste, la douleur gutturale précédait l'éruption et lui survivait de plusieurs jours.

L'intérieur de la bouche, et notamment la langue, présentait une rougeur vive, comparable à celle d'une framboise en pleine maturité. Cette rougeur se montrait d'abord sur les côtés et à la pointe de la langue, s'étendait ensuite à la totalité de sa surface, accompagnée d'un développement remarquable des papilles et souvent d'un état de sécheresse ou de demi-sécheresse de cet organe. Nous dirons, au reste, de ces phénomènes ce que nous avons dit des précédens, c'est qu'ils étaient quelquefois peu marqués; la langue a même resté entièrement blanche et humide chez quelques sujets (*Obs.* V.ᵉ), soit que la rougeur n'eût pas eu le temps de se développer à cause de la promptitude de la mort, soit que son absence constituât une anomalie comparable à celle d'un défaut absolu d'éruption cutanée. Nous avons dit ailleurs ce que nous pensions de cette rougeur linguale, que nous avons considérée comme propre à la scarlatine. Du reste, elle

n'est si vive que parce que la langue offre naturellement une coloration analogue, à laquelle vient ensuite s'ajouter celle qui est propre à la scarlatine, ce qui arriverait également pour la peau si cette membrane présentait, comme les tissus muqueux, un réseau vasculaire presque à découvert.

Quelquefois des pellicules aphtiformes ou des couennes pseudo-membraneuses plus consistantes se remarquaient à la surface des amygdales, sur les gencives ou d'autres parties de l'intérieur de la bouche. Ces pellicules étaient-elles un résultat du décollement de l'épithélium, analogue à celui qui survient à l'épiderme dans la même maladie? Nous l'avions pensé d'abord, car elles ressemblent exactement à celles qui sont produites sur les parois de la bouche quand on avale un liquide trop chaud, et ici elles sont évidemment un effet de cette sorte de brûlure qui détache l'épithélium, comme elle le ferait à l'égard de l'épiderme; mais ce qui contrarie cette opinion, c'est que ces pellicules, soigneusement abstergées, ne tardent pas à se reproduire, comme nous nous en sommes assurés plus tard (*Obs.* XIII.ᵉ), ensorte qu'elles ne paraissent être qu'un produit de sécrétion morbide, comparable aux fausses membranes croupales; du reste, nous ne les avons jamais vu s'étendre au larynx ni à la trachée-artère, et il est à remarquer qu'elles se sont montrées principalement dans les cas de scarlatine dont la terminaison a été favorable (*Obs.* X.ᵉ, XI.ᵉ et XII.ᵉ).

A ces phénomènes locaux s'ajoutait une chaleur tellement pénétrante, que la main de l'observateur en était désagréablement affectée, aussi les malades se découvraient-ils continuellement pour chercher la fraîcheur de l'atmosphère. Il est, en effet, peu de maladies qui portent la caloricité animale à un degré aussi élevé que la scarlatine dans le fort de son éruption, et voici une expé-

rience qui le prouve; c'est qu'en plaçant une des joues à un demi-pied de distance du corps des malades, on perçoit facilement la chaleur qu'il dégage (*Obs.* XIII.ᵉ). Ces malades étaient en même temps en proie à l'anxiété la plus pénible; ignorant le siége précis de leurs souffrances, ils ne les manifestaient que par une inquiétude, une agitation extrême, et un changement continuel de position. Cette agitation était ordinairement le prélude d'un délire nocturne remarquable par sa brusquerie et sa vivacité, et qui s'appaisait le matin pour reparaître la nuit suivante avec la même intensité. Ce délire était toujours un avant-coureur de la mort, et pour cette raison il nous a paru un des symptômes les plus graves. Le pouls était fréquent, et en général peu développé, peu résistant, non qu'il y eût affaiblissement réel, mais oppression des forces, car nous l'avons vu se soutenir malgré des saignées abondantes. (*Obs.* XIV.ᵉ, XV.ᵉ)

C'est vers le 3.ᵉ, 4.ᵉ ou 5.ᵉ jour de l'invasion de la scarlatine, que les dangers étaient les plus imminens et la mortalité la plus grande. Ceux qui dépassaient cette époque n'étaient point cependant à l'abri de tout accident, surtout lorsqu'un mauvais régime venait mettre quelque entrave à la solution naturelle de la maladie, alors nous avons vu des hémorrhagies intestinales (*Obs.* VII.ᵉ), des pleurésies (*Obs.* VIII.ᵉ), des abcès autour du larynx (*Obs.* VI.ᵉ), juguler promptement les malades. Mais tous ceux qui étaient gravement atteints, sans parler de ceux qui l'étaient à un moindre degré, n'ont pas éprouvé le même sort; nous pourrions en citer un bon nombre qui ne sont pas compris dans nos observations, et que nous avons également en vue dans ces généralités. Chez ceux-ci la desquammation a commencé du 6.ᵉ au 8.ᵉ jour à dater de l'éruption; bornée d'abord à l'épiderme du cou, des aisselles, du tronc, elle s'est

étendue plus tard aux membres, et n'a gagné qu'en dernier lieu la paume des mains et la plante des pieds, de telle sorte que ce dépouillement cutané durait plusieurs jours, et quelquefois n'était complet qu'après un mois révolu. Ainsi, privée de son épiderme, la peau, notamment à la paume des mains et à la plante des pieds, offrait une rougeur et une sensibilité qui ne cessait qu'après la rénovation de cette enveloppe inorganique. Du reste, cette desquammation s'opérait par lamelles furfuracées sur le tronc et les membres, et par larges écailles à la paume des mains et à la plante des pieds, ce qui tient sans doute à l'épaisseur de l'épiderme qui recouvre ces parties, et constitue d'ailleurs un des traits principaux de la scarlatine.

Après avoir résumé en peu de mots les caractères particuliers de l'épidémie de scarlatine que nous avons observée, en nous appuyant d'ailleurs sur les faits dont nous avons entretenu le lecteur, venons à l'objet principal de notre travail. Nous avons eu en vue trois points fondamentaux : 1.° celui de faire voir que l'inflammation, quoique cause non primordiale de la scarlatine, était le phénomène principal de cette maladie ; 2.° que cette inflammation se répétait quelquefois au dedans comme au dehors, et constituait ainsi une des causes les plus influentes de la mort ; 3.° qu'enfin elle réclamait un traitement antiphlogistique d'autant plus actif que les accidens étaient plus graves, respectant néanmoins la marche naturelle de la maladie. Pour arriver à la démonstration des deux premières propositions, nous avons invoqué le témoignage de l'anatomie pathologique en passant successivement en revue un certain nombre de cas dans lesquels, à partir du deuxième jour de l'invasion de la scarlatine, nous avons trouvé dans plusieurs viscères des traces non-équivoques d'inflammation. Nous avons vu que ces traces de-

venaient de plus en plus manifestes à proportion de la durée des accidens, de telle façon que, si quelques doutes pouvaient exister pour les cas où la mort avait été très-rapide, ces doutes étaient levés par la considération de l'accroissement progressif de ces mêmes lésions, à mesure que la maladie se prolongeait, et jusques à un degré où l'on ne pouvait plus les méconnaître.

Le siège de ces lésions était spécialement dans la membrane muqueuse des voies aériennes et du canal digestif, dans les membranes et la substance du cerveau. C'était dans le larynx, la trachée-artère et les bronches une rougeur foncée presque livide et uniforme; dans le pharynx une coloration de même nature; à l'estomac, des injections, des pointillures rouges, générales ou partielles, quelquefois avec épaississement de la membrane muqueuse; dans les intestins, un développement insolite et plus ou moins abondant des glandes de Brunner et de Peyer. Cette dernière lésion, qui était fort commune, et que nous avons observée pareillement dans la variole (*Obs.* XVII.e, XVIII.e, XIX.e et XX.e), établit, comme nous l'avons dit, une certaine analogie entre ces fièvres éruptives et les fièvres typhoïdes dans lesquelles sont fréquemment attaqués, comme on le sait, ces mêmes follicules intestinaux; or, s'il est démontré que, dans la scarlatine et la variole, cette turgescence inflammatoire des follicules intestinaux n'est, comme l'éruption cutanée, qu'un effet secondaire dû à l'action d'une cause plus générale, pourquoi n'en serait-il pas de même à l'égard des fièvres typhoïdes? Cette induction pourrait d'ailleurs être fondée sur beaucoup d'autres rapprochemens que nous ne rappellerons point ici, afin de ne pas nous écarter de notre sujet. Quoi qu'il en soit, les ravages de la scarlatine ne se sont point bornés aux membranes muqueuses; fréquemment ils se sont étendus jusqu'au cerveau, accident qui, de

tous, a été le plus redoutable; alors nous avons trouvé la substance de ce viscère sablée de points rouges, les méninges injectées quelquefois à tel point, que la pie-mère formait une membrane d'un rouge garance uniforme. (*Obs.* V.^e, VIIe, IXe) La même coloration s'étendait à la superficie du cerveau, d'une manière indélébile, par les lavages les plus répétés; nous dirons ici que dans aucune autre maladie il ne nous est arrivé de rencontrer cette coloration sous la même forme et au même degré. Voilà pour ce qui concerne les lésions internes, mais il faut y joindre la rougeur de la peau, qui, bien que propre et en quelque sorte naturelle à la scarlatine, n'en est pas moins entrée pour sa quote-part dans la production des symptômes et les causes matérielles de la mort.

Tel est le tableau des désordres que nous ont offerts les scarlatines graves dont nous avons présenté l'histoire; à cette occasion nous avons fait sentir qu'il existait une grande analogie dans ces désordres, entre ceux qui survenaient à l'intérieur et ceux qui se passaient au dehors; que ce n'était point là des inflammations altérant profondément la texture des tissus, mais de simples congestions sanguines qui ont rubéfié les membranes muqueuses et le cerveau comme elles ont rubéfié la peau, pouvant d'ailleurs s'élever à un degré plus élevé par leur persévérance; déterminer, par exemple, des suppurations dans les plèvres (*Obs.* VIIIe), des abcès autour du larynx (*Obs.* VIe), des infiltrations séreuses dans l'épaisseur des ligamens arythéno-épiglottiques (*Obs.* VIe); présentant en outre cette particularité presque distinctive de s'étaler superficiellement sur de grandes surfaces à la manière de l'éruption cutanée. Ce rapprochement nous a conduit à penser que les membranes muqueuses, et même le cerveau, pouvaient être affectés directement par la scarlatine, soit que tout l'effort de la maladie ne pût se

D'après les mêmes considérations, nous avons fait sentir combien de dangers couraient ceux qui, avant la solution finale de la scarlatine, commettaient quelque imprudence, et surtout s'exposaient à l'impression du froid (*Obs.* VII.e). Il est, en effet, peu de maladies qui exigent autant de précautions que celle dont nous parlons, et peu qui soit aussi fallacieuse dans ses accidens secondaires; la cessation de la fièvre et de la rougeur cutanée, que beaucoup de malades prennent pour la cessation de la scarlatine, est loin d'être un sûr garant contre ses atteintes.

Tel est le résumé des faits concernant la scarlatine; à ces faits nous en avons ajouté quelques autres de variole grave, qui font voir que cette affection, comme la précédente, détermine quelquefois sur les membranes muqueuses des lésions analogues à celles qu'elle développe sur la peau. Ces lésions, de même que dans la scarlatine, occupaient principalement les voies aériennes, et s'y présentaient sous forme de pustules, comme à la peau; elles occupaient pareillement l'estomac et le canal intestinal, dont les follicules avaient subi une augmentation de volume comparable à celui qui survient dans les fièvres typhoïdes; enfin, le cerveau lui-même n'était point respecté, et offrait des traces de congestion dans ses membranes et sa substance. Ces désordres intérieurs nous ont paru constituer également une des causes principales de danger à l'égard de la variole, comme de la scarlatine, et suffisamment expliquer d'ailleurs la marche anormale et la couleur particulière que prenait dans ces circonstances l'éruption cutanée (*Obs.* XVII.e, XVIII.e, XIX.e et XX.e). Nous avons conclu de là que cette irrégularité dans les phénomènes extérieurs de la maladie, loin de faire adopter un traitement tonique (qui, d'ailleurs, a été tenté avec désavantage dans la plupart des

cas dont nous parlons), devait, au contraire, engager à insister sur un traitement opposé, nous appuyant encore en cela de l'autorité de Sydenham. Mais ici s'élève une question importante : on demandera peut-être s'il n'existe rien autre chose qu'une inflammation dans la variole et la scarlatine, pour que ce soit uniquement au traitement antiphlogistique qu'il faille avoir recours. Cette question, bonne en théorie, s'évanouit entièrement dans la pratique ; qu'il y ait autre chose, nous le voulons bien, et nous le pensons même, car il est probable que le mal incube dans les fluides avant de passer aux solides, et que la cause de ce mal imprime aux phénomènes un cachet particulier. Mais cette cause, quelle qu'elle soit, ne nous est encore connue que par ses effets ; nous ignorons entièrement ce qu'elle est, comment elle agit ; nous ne pouvons la saisir nulle part, soit hors de l'individu, soit dans l'individu, encore moins nous en rendre maîtres, et nous sommes obligés, vû cette ignorance et cette impossibilité, d'adresser nos moyens curatifs, non pas directement à elle-même, mais à ses effets, qui sont, jusques à présent, tout ce qu'il y a d'observable dans ces maladies ; or, ces effets, quels sont-ils, sinon une des variétés du grand phénomène de l'inflammation, réclamant comme tels une médication antiphlogistique appropriée (bien entendu) à la marche spéciale de ces affections, jusques à ce que la découverte d'une antidote ou d'un spécifique nous permette d'arrêter le mal à sa source même, ce qui est arrivé pour la variole, et nous paraît grandement à espérer pour la scarlatine. Si l'on considère, en effet, que ces fièvres exanthématiques ont : 1.° un temps d'incubation à la manière des germes dont l'évolution se prépare ; 2.° qu'elles parcourent des phases diverses analogues à l'accroissement, au déclin et à la mort des êtres organisés ; 3.° en donnant naissance, comme ces derniers, à des

effluves séminales qui, dans des conditions déterminées, reproduisent tous les phénomènes de cette espèce de greffe morbide; 4.° que ces fièvres, enfin, modifient tellement l'économie, qu'elle devient ensuite impropre à leur servir de matrice ou de pâture, tandis que les causes ordinaires des maladies, loin d'épuiser ainsi la susceptibilité à en être affectées, ne font que la développer davantage, on conviendra qu'il y a dans ces affections un lien fondamental commun, et que si le hasard a fait découvrir un préservatif (vaccin) pour l'une d'elles (variole), on doit espérer qu'il en sera de même pour l'autre. Mais où faut-il chercher ce nouveau préservatif? Y a-t-il quelque analogie qui puisse servir de guide? Sera-ce dans une éruption érythémateuse propre à quelque animal, et qui représentera pour la scarlatine, ce qu'est, à l'égard de la variole, l'éruption boutonneuse du pis de la vache, nommé *cowpox?* où bien sera-ce au hasard qu'il faudra laisser encore le soin de cette découverte? Mais le hasard n'invente rien par lui-même, il n'est rien qu'un fait quelquefois très-connu, mais ignoré dans ses conséquences et ses applications, comme le témoigne la découverte de la vaccine par l'immortel Jenner. Se reposer ainsi sur l'avenir d'un possible fortuit, sans rien tenter, rien expérimenter, c'est attendre que bien des générations s'écoulent atteintes d'un mal dont, peut-être, elles auraient été préservées.

Rapport sur un fœtus monstrueux monobrache; lu à la Société de Médecine d'Angers, dans la séance du 15 février 1830, par MM. Victor Laroche, Ponceau *et* Mirault, *rapporteur, DD. MM., membres de cette Société.*

Persuadés que la plupart des observations sur les mons-

tres qu'on trouve dans les auteurs, sont restées sans avantage pour les progrès de la science, à cause de la négligence apportée dans leur dissection, nous nous sommes efforcés d'éviter ce reproche en donnant à celle de notre fœtus tout le soin que réclamait une monstruosité si intéressante. Le fœtus était renfermé depuis trois ans dans un bocal rempli d'eau-de-vie, où il était suspendu par un lien dont les deux extrémités s'attachaient à la tête et au bouchon du vase.

Sa longueur totale est d'un pied six lignes ; le cordon ombilical est situé au-dessous de sa partie moyenne ; les ongles sont mous, minces et peu développés ; les cheveux nombreux et longs de six lignes environ ; la membrane pupillaire existe ; les testicules ne sont pas descendus dans le scrotum. A ces caractères nous avons reconnu que ce fœtus était âgé de six à sept mois.

En continuant l'examen extérieur, nous avons remarqué au côté droit de la poitrine une ouverture de deux pouces de hauteur et de dix-huit lignes de largeur, s'étendant, dans le dernier sens, de la ligne médiane à dix lignes environ de la colonne vertébrale, et de bas en haut, de la partie inférieure de l'hypochondre droit jusqu'à deux lignes de la clavicule. Sur ses bords, la peau interrompue se continuait en haut avec la plèvre, en bas avec le péritoine. Par cette large solution de continuité, sortaient le cœur, le poumon droit, le foie, l'estomac, les intestins, le pancréas, la rate et le rein droit, qui recouvraient en grande partie les parois correspondantes de la poitrine et de l'abdomen. A la partie inférieure de l'ouverture et sur son bord interne, se trouvait le cordon ombilical, qui avait été lié et coupé. Demi-pouce plus bas et à droite, existait un petit appendice cutané de la grosseur d'un haricot, adhérent au derme par un mince pédicule.

On remarquait à la partie postérieure du tronc une incurvation très-prononcée de la colonne vertébrale. Le bras droit manquait complètement, et il n'existait dans la place qu'il occupe ordinairement ni solution de continuité de la peau, ni cicatrice qui en indiquât l'existence antérieure. Le membre abdominal droit était, en apparence, de quatre lignes plus court que le gauche, ce qui résultait d'une obliquité latérale du bassin, consécutive à la courbure anormale du rachis. Les autres parties extérieures du fœtus ne présentaient rien de particulier, et ne différaient pas, dans leur conformation, de l'état naturel.

Afin de mettre plus de clarté dans l'exposé des particularités que nous avons rencontrées à l'intérieur du fœtus, nous intervertirons l'ordre de la dissection pour commencer par le squelette.

La tête était bien conformée, et ses dimensions étaient en rapport avec la grandeur et l'âge du fœtus. La colonne vertébrale présentait une déviation latérale très-marquée de la partie supérieure de la région dorsale, et dont la convexité était à droite; les régions cervicale et lombaire étaient légèrement courbées en sens contraire, de manière à imprimer au rachis la forme d'une S, comme il arrive ordinairement dans ce vice de conformation. Les côtes gauches, répondant à la concavité de la colonne vertébrale, étaient rapprochées les unes des autres, se touchaient par leurs bords correspondans, et étaient déprimées vers la cavité thoracique, de manière à former ce qu'on appelle vulgairement un côté creux. Leurs extrémités antérieures s'articulaient avec le sternum. Les côtes droites étaient dans un rapport plus vicieux encore avec la tige rachidienne; couchées les unes sur les autres et appliquées à sa convexité anormale, leur direction, en en bas, était si oblique, qu'elle semblait parallèle à celle de la colonne elle-même. Considérées dans leur ensemble,

elles formaient comme un faisceau osseux dont la partie inférieure, plus large et cartilagineuse, se perdait dans l'épaisseur des parois abdominales. Les quatre premières étaient imparfaites et n'avaient guères plus que la moitié de la longueur de leurs correspondantes. Aucune de ces côtes ne s'articulait avec le sternum. Il résultait de la disposition générale de ces os, que la cavité de la poitrine était entièrement oblitérée de ce côté, et qu'elle était remplacée par une simple fente formée par les côtes et le rachis. On doit inférer de ce qui précède, que les côtes droites n'ayant aucun soutien vers leur extrémité antérieure, ont été ainsi déplacées par le poids des viscères échappés par l'ouverture accidentelle que nous avons décrite. Cette ouverture, considérée dans le squelette, était bornée en dedans par le sternum, en dehors par la ligne d'inclinaison formée par la réunion des côtes, et en haut par la clavicule. Les côtes étaient au nombre de onze de chaque côté.

Le sternum, à l'état cartilagineux, semblait n'exister que dans la moitié gauche de sa largeur, et s'élargissait en haut pour s'articuler avec les deux clavicules. La clavicule droite, recourbée d'avant en arrière vers son extrémité externe, était soudée avec une omoplate rudimentaire, informe, à laquelle cependant nous avons cru reconnaître quelque ressemblance avec l'enclume de la caisse du tympan. Ce scapulum imparfait n'avait que trois lignes de largeur; sa hauteur était de sept lignes, tandis que celui du côté gauche en avait quinze. Il était difficile d'y reconnaître les traces de l'acromion et de l'apophyse coracoïde. La cavité glénoïde manquait absolument.

L'état des muscles qui environnaient la poitrine et l'épaule droite sollicitait toute notre attention. En avant, le peaucier, très-développé, se perdait inférieurement dans le pourtour de l'ouverture accidentelle de la poitrine, ainsi

que le petit pectoral ; on ne trouvait pas le moindre vestige du grand pectoral. Le sterno-mastoïdien présentait ses insertions à la clavicule et au sternum. En arrière, toutes les insertions du trapèze avaient lieu comme dans l'état naturel, excepté celles à l'omoplate qui étaient confuses. Du bord supérieur et externe de ce muscle se détachait un faisceau charnu qui se rendait au sterno-mastoïdien. Le grand dorsal n'existait que dans la portion qui recouvre les côtes; supérieurement il n'avait point d'attache, et se perdait dans le tissu cellulaire en approchant de la région de l'épaule. La forme du grand dentelé était déterminée par la situation insolite des côtes. Il représentait un long faisceau musculaire, très-épais, qui contournait le bord externe de l'ouverture du thorax, et s'entrecroisait inférieurement, comme à l'ordinaire, avec le grand oblique de l'abdomen. En haut, il se fixait à l'omoplate, en se confondant avec le rhomboïde et le petit pectoral. Les muscles sus et sous-épineux, sous-scapulaire, grand et petit rond, n'offraient que des vestiges confondus entre eux et que nous n'avons pu démêler. Du côté de l'abdomen, on observait les deux muscles droits très-écartés l'un de l'autre supérieurement, et embrassant ainsi, dans leur intervalle, la partie inférieure de l'ouverture anormale, dont ils fixaient les limites de ce côté. Le diaphragme était incomplet et n'existait que du côté gauche, de sorte que les deux cavités splanchniques qu'il sépare dans l'état naturel, auraient communiqué ensemble sans l'adossement de la plèvre et du péritoine qui complétaient la cloison thoraco-abdominale. Le médiastin manquait.

A la partie supérieure de la masse d'organes, qui faisait hernie, se trouvait le cœur. Son volume nous parut plus considérable et disproportionné à l'âge du fœtus; sa pointe, tournée en avant, reposait sur le foie. L'oreillette

droite était assez développée, tandis que la gauche semblait plus petite que naturellement; les deux ventricules présentaient leur inégalité de grandeur accoutumée; leurs parois étaient hypertrophiées. Le ventricule gauche communiquait avec le droit par une ouverture béante, arrondie, à bords épais, sans valvule, située à la partie supérieure de leur cloison, près la base du cœur. Le trou de Botal était large et n'offrait aucune trace de valvule.

L'artère aorte naissait du ventricule droit par une ouverture qui faisait suite à l'orifice de communication des ventricules. Cette artère, après un trajet de huit lignes, fournissait d'abord les deux carotides primitives, et ensuite la sous-clavière gauche. La sous-clavière droite n'existait pas, et l'on n'en apercevait aucun rudiment; toutes ses branches, excepté la vertébrale et la thyroïdienne, manquaient; la thyroïdienne naissait de la vertébrale qui, elle-même, était fournie par la carotide. Il n'y avait pas d'artères thoraciques du côté droit.

L'artère pulmonaire sortait, comme à l'ordinaire, du ventricule droit. Située à droite de l'aorte, elle fournissait bientôt les deux branches qui se rendent aux poumons, mais il n'y avait point de canal artériel. La veine sous-clavière droite et les branches qui la forment manquaient. La veine cave supérieure se jetait dans l'oreillette droite après avoir reçu les veines jugulaire interne droite et azygos. La sous-clavière gauche s'ouvrait séparément dans l'oreillette droite. Les veines pulmonaires avaient leur disposition ordinaire. La veine cave inférieure ne présentait rien à noter. L'ombilicale se portait de l'ombilic à la face inférieure du foie, dans lequel elle se divisait complètement, sans envoyer à la veine cave la branche connue sous le nom de canal veineux.

Les organes de la digestion et des sécrétions étaient dans l'état normal; seulement nous avons remarqué que

le rein gauche était situé transversalement sur la colonne vertébrale, et qu'il était réuni au rein droit par du tissu cellulaire, adhérence qui sans doute l'avait entraîné dans sa position insolite.

Le système nerveux a été examiné dans toutes les parties qui présentaient une anomalie quelconque. Nous avons renvoyé jusqu'ici à décrire certaines lésions des os du crâne, à cause de leur rapport intime avec des altérations analogues trouvées sur le cerveau. Ainsi, les deux pariétaux et toute la partie supérieure de l'occipital présentaient en dehors et en dedans les traces d'une vaste ecchymose; le tissu des os lui-même était imprégné de sang, de même que les tégumens qui leur correspondent. Il existait également des ecchymoses peu étendues à la partie antérieure de la base du crâne, de chaque côté de l'apophyse sus-ethmoïdale; l'une d'elles était recouverte d'une couche assez épaisse de sang caillé. Deux autres infiltrations sanguines occupaient les fosses occipitales inférieures, et une très-étendue était située dans la fosse latérale moyenne droite. Vis-à-vis cette dernière, la cavité de l'arachnoïde renfermait un épanchement de sang considérable. A l'extérieur du cerveau, on remarquait des ecchymoses dans tous les points correspondans à celles qui existent au crâne, et qui étaient avec elles en rapport d'étendue et de forme. Les unes étaient très-superficielles, les autres avaient une profondeur de deux à trois lignes dans la substance cérébrale. Ces diverses lésions nous ont fait présumer que la tête du fœtus avait reçu un coup violent, ou qu'il était tombé d'assez haut sur le synciput. Nous n'avons pas trouvé de traces de fracture.

Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, réduits à un moindre volume et à un état de friabilité remarquable, par l'action prolongée de l'eau-de-vie, se prêtaient difficilement à une recherche minutieuse; cependant nous

sommes demeurés persuadés qu'ils ne différaient pas de leur conformation naturelle; aucune partie ne nous a paru manquer. Les 5.e, 6.e, 7.e, 8.e branches antérieures des nerfs cervicaux et la première dorsale du côté droit, n'étaient qu'incomplètement développés depuis leur origine jusqu'à leur terminaison; de sorte que le plexus brachial, comparé à celui du côté opposé, était trois fois plus petit. Ces nerfs, du reste, affectaient le même entrelacement, s'anastomosaient avec le grand sympathique, et se distribuaient dans les muscles rudimentaires de l'omoplate.

Les nerfs intercostaux étaient bien développés des deux côtés.

Il résulte de l'examen anatomique auquel nous nous sommes livrés, que ce fœtus présentait un certain nombre de déviations organiques qui toutes se rapportent à la classe des monstruosités par défaut, ou autrement, par arrêt de l'évolution. Telles sont, pour les rappeler : l'absence complète du bras droit, de l'artère sous-clavière, de la veine du même nom et de leurs branches, le développement incomplet de l'épaule, des quatre premières côtes droites et du sternum, des tégumens et des muscles des parois thoracique et abdominale, du diaphragme, de la cloison des ventricules du cœur, des artères pulmonaire et ombilicale, et du plexus brachial du côté droit.

Ces anomalies de conformation apportaient aux fonctions de l'individu des modifications qu'il est facile de saisir. Ainsi, pour la circulation, en vertu de la communication établie entre les deux ventricules, de l'absence du canal artériel auquel cette communication semblait suppléer, et de l'implantation de l'aorte dans la base du ventricule droit, le sang était chassé dans ce vaisseau par les contractions réunies des deux ventricules, sans passer par l'artère pulmonaire. Apporté de la mère à l'enfant par la veine ombilicale, ce fluide traversait en

totalité le foie avant d'arriver au cœur. Ces anomalies dans l'exercice d'une fonction très-importante, n'apportaient point d'obstacle à l'entretien de la vie. Aussi notre fœtus a-t-il vécu jusqu'au terme de six à sept mois de la vie intrà-utérine, et l'on ne peut douter qu'il n'eût continué de vivre hors du sein de la mère, si d'autres défauts d'organisation n'eussent entraîné inévitablement la mort aussitôt après sa naissance; l'évolution incomplète des parois de la poitrine et de l'abdomen s'opposait à l'établissement de la respiration. C'est à cette cause, suivant nous, qu'il faut attribuer la mort du fœtus, si l'on n'admet pas toutefois qu'elle a été produite au même moment par la violence exercée sur la tête, et dont nous avons constaté les signes évidens. Cette mort a eu lieu immédiatement après la naissance de l'enfant. D'abord, au rapport de la femme Lepage, sage-femme à Chollet, qui l'a reçu, il aurait exécuté quelques mouvemens, et il aurait fait quelques efforts pour respirer. Nous attachons peu de valeur à ce dernier fait, à cause de la source d'où il émane; mais notre assertion ne paraîtra pas souffrir de contradiction, si l'on considère les lésions trouvées dans le crâne et le cerveau, et la parfaite intégrité des chairs du fœtus.

Nous allons aborder maintenant une question plus difficile à résoudre à cause des ténébres épaisses dont la nature environne ses procédés, soit dans l'état normal, soit dans l'état contre nature. Quelle est la cause de notre monstruosité? Les physiologistes ont attribué les monstruosités par défaut : 1.° à la privation plus ou moins complète des centres nerveux; 2.° à la pression exercée sur le fœtus, soit par des tumeurs annexées aux parois de l'utérus, soit par la présence d'un second fœtus ou d'une masse d'hydatides; 3.° à des maladies qui se déclarent pendant la vie intra-utérine, et qui amènent l'atrophie ou

la destruction des parties; 4.° à des adhérences qui s'établissent entre l'embryon et ses enveloppes membraneuses; 5.° au défaut de developpement de l'artère qui doit apporter une partie les matériaux de la nutrition. Voyons laquelle de ces hypothèses s'adapte le mieux à notre sujet, et fournit l'explication la plus satisfaisante des altérations organiques qu'il nous a présentées.

Quant à la première, émise par Béclard et Tiedemann, elle ne peut trouver ici d'application. Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière paraissaient très-bien conformés; d'ailleurs, pour le dire en passant, il est reconnu aujourd'hui, et il paraît que Béclard, sur la fin de sa vie, était revenu à cette opinion, que les organes sont, en général, beaucoup plus indépendans les uns des autres, dans leur développement, qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, et qu'en particulier leur évolution n'est nullement subordonnée à l'état des centres nerveux qui leur correspondent dans l'ordre physiologique. Ce serait bien gratuitement que nous admettrions que la monstruosité qui fait le sujet de ce rapport, a été produite par la présence d'une masse d'hydatides dans l'utérus, ou par une tumeur annexée à ses parois. Rien n'appuyerait cette assertion. Il est certain, d'un autre côté, qu'il n'existait pas de grossesse double, et que par conséquent aucune pression n'a pu être exercée par cette cause. Nous ne pensons pas non plus que l'absence du bras et celle d'autres parties soit le résultat d'une séparation spontanée, par l'effet d'une maladie analogue au sphacèle, comme Chaussier et Béclard l'ont observé plusieurs fois. Il nous paraît que, dans ce cas, nous eussions trouvé des vestiges du membre, et particulièrement des vaisseaux et des nerfs, près de leur séparation des troncs qui les fournissent. Cette supposition n'expliquerait, ni l'atrophie de l'épaule et du plexus brachial, ni le

défaut du développement du diaphragme, ni l'incurvation du rachis, etc. etc.

On sait que M. Geoffroy St.-Hilaire admet pour un certain nombre de monstruosités par défaut, l'influence d'une cause mécanique. Ce physiologiste pense que des adhérences, établies entre le fœtus et ses membranes, à une époque plus ou moins avancée de la gestation, peuvent déterminer des changemens dans la situation des parties, et, en détournant vers le placenta une partie du sang destiné aux organes du fœtus, produire dans ceux-ci un arrêt de developpement. Cette théorie, en la combinant avec l'opinion de M. Serres sur l'évolution incomplète du systême artériel, explique assez bien la plupart des déviations organiques présentées par notre fœtus. Voici de quelle manière nous concevons que les choses ont pu se passer.

A une époque très-rapprochée de la descente dans la matrice du produit de la conception, il s'est établi des adhérences entre lui et ses membranes, dans les régions où, plus tard, devaient se developper le membre thoracique et les parties molles de la paroi antérieure droite de la poitrine. Le sang destiné à l'évolution de ces parties a été soustrait par le placenta, et il n'y a point eu de developpement. A une époque plus éloignée, les adhérences ont été rompues par une cause quelconque, et ont laissé sur le fœtus une solution de continuité considérable, par laquelle ont fait hernie les viscères thoraciques et abdominaux, et dont ce pourtour s'est cicatrisé peu à peu.

Cette explication est, suivant nous, singulièrement fortifiée par les vices de conformation du squelette; en effet, la colonne vertébrale présentait une déviation, dont la convexité, tournée à droite, repondait précisement à l'endroit où l'adhérence se serait formée; comme si une traction eût été exercée sur cette partie du rachis, ou autre-

ment cette forme était le résultat de l'accollement du fœtus à la surface concave du placenta. Par la même raison, les côtes droites ont été refoulées fortement contre le rachis, et cette disposition a dû augmenter de plus en plus après la sortie des viscères, puisque les parties molles qui auraient pu les retenir en avant dans leur situation naturelle n'existaient pas, et que d'ailleurs ces arcs osseux étaient privés de leur articulation avec le sternum. Ainsi s'explique très-bien l'oblitération de la cavité droite du thorax, dans laquelle on ne trouvait plus qu'un repli de la séreuse, et un peu de tissu cellulaire sous jacent.

Il nous reste à rendre compte de quelques autres vices d'organisation du fœtus. L'absence complète de l'artère sous-clavière et de ses branches semblerait entraîner le défaut absolu de l'omoplate et de ses muscles, comme il est arrivé pour le bras; mais on conçoit, ce que nous n'avons pu vérifier, que ces parties accolées au tronc ont pu recevoir du sang des artères intercostales, et se développer incomplètement. Tous les muscles qui de l'épaule se portent à la poitrine, ont dû présenter le même défaut d'évolution dans leurs portions qui s'insèrent au scapulum ou à l'humérus : tels étaient en effet le rhomboïde, le trapèze, le grand dentelé et le petit pectoral. Le grand pectoral et les tégumens qui le recouvrent, ont dû manquer en totalité par le défaut des artères thoraciques et de la mammaire interne. Quant au diaphragme, son développement incomplet semblait plutôt dépendre du déplacement des côtes auxquelles il se fixe à droite, que de toute autre cause. S'il est vrai, comme on ne peut en douter aujourd'hui, que les nerfs développés dans les organes se réunissent plus tard aux centres nerveux, il est conséquent que le plexus brachial, n'ayant point reçu les nerfs du bras, se soit présenté à nous sous un très-petit volume.

On peut objecter à l'explication qui précède, que l'ab-

sence de cicatrice ou de solution de continuité, dans la région de l'épaule, infirme la supposition d'une adhérence qui s'y serait établie. Mais n'est-il pas possible que cette solution de continuité ait été recouverte peu-à-peu par le retrait de la peau du cou vers l'ouverture accidentelle ? En effet, après la sortie des viscères, cette ouverture a dû se rétrécir considérablement en se cicatrisant sur ses bords et en attirant vers elle les tégumens des parties environnantes, ce qui, selon nous, rendrait assez bien compte de l'état actuel de la région scapulaire. Au reste, nous convenons qu'une autre explication qui se baserait uniquement sur le défaut de développement des vaisseaux artériels et veineux, serait également satisfaisante. Seulement nous ferons remarquer que la même objection pourrait être faite par rapport à l'intégrité de la peau de l'épaule ; en effet, on ne conçoit guère cette intégrité coïncidant avec l'absence des vaisseaux qui servent ordinairement à son développement (1).

Nous n'entreprendrons point d'assigner la cause des autres déviations organiques présentées par notre fœtus, telles que, par exemple, l'origine de l'aorte dans le ventricule droit, l'ouverture inter-ventriculaire, le défaut de canal veineux, etc. La science reste encore muette sur ces points difficiles.

---

(1) L'objection qui s'est offerte ici naturellement à l'esprit du rapporteur, suffirait pour démontrer le peu de fondement de la théorie de M. Serres, si déjà elle n'était pas généralement abandonnée ; aussi avons-nous été surpris que notre confrère en ait tenu compte. Mille exemples démentent cette propriété formatrice départie tout gratuitement au système vasculaire, et il y a long-temps que Béclard a fait observer à ce sujet, qu'il était difficile de décider ce qui, dans cette connexion de phénomènes, est cause ou effet ; car rien ne prouve, en effet, que ce ne soit pas plutôt parce que telle partie ne se développe pas que l'artère manque. (*Note du Réd.*)

Précis historique de l'épidémie d'angine maligne, plastique, gangréneuse (diphthérite) *qui a régné à l'Ecole royale militaire de la Flèche; par M. le docteur* Lespine, *médecin en chef.*

Depuis la fin de novembre 1828, un assez grand nombre d'élèves ont été atteints de phlegmasies gutturales plus ou moins intenses : beaucoup d'entre eux avaient éprouvé un gonflement douloureux des parotides, des glandes sous-maxillaires et des ganglions cervicaux (oreillons). Chez quelques autres, la membrane muqueuse des oreilles, du nez et de la bouche, a été plus ou moins enflammée : un seul a présenté sur la membrane muqueuse buccale et sur les gencives des taches pelliculaires qui se sont détergées par l'emploi de simples collutoires acidulés et légèrement alumineux.

Vers le milieu de janvier 1829, cinq élèves offrent des symptômes évidens de l'angine plastique diphthéritique : chez le dernier surtout, les concrétions couenneuses ont, malgré les cautérisations et malgré les insufflations de sulfate d'alumine, envahi une partie du voile du palais, toute la luette, et l'entrée du pharynx : cependant, malgré la reproduction alarmante des fausses membranes, cet élève, ainsi que les autres, a guéri. Depuis cette époque jusqu'au 4 février, un grand nombre nous offrent des taches pelliculaires plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses sur la luette, les amygdales ou les piliers du voile palatin, et avec des cautérisations plus ou moins répétées et souvent précédées d'une saignée du bras, ils se rétablissent assez promptement.

Chez l'élève D.***, qui a succombé le onzième jour après l'invasion, la phlegmasie n'occupe que les amygdales et une partie de l'appareil guttural, sans aucunes

taches ni escarrhes apparentes. Le 7.e jour, survient une épistaxis effrayante qu'on ne peut arrêter ou plutôt modérer qu'avec beaucoup de peine ; la rougeur livide de l'isthme guttural devient plus intense, les parties qui y sont situées se tuméfient de plus en plus, et présentent au toucher une dureté comme squirrheuse. Le 8.e jour, des douleurs très-vives se font sentir à l'épigastre et autour de l'ombilic : quelques taches pétéchiales apparaissent sur les membres. Le 9.e jour, survient une hématémèse accompagnée d'évacuations alvines évidemment sanguines, noires, d'une fétidité extrême. Tout son corps exhale pendant vingt-quatre heures une odeur gangréneuse : il meurt à la fin du onzième jour.

L'autopsie prouve qu'il a succombé à une véritable angine gangréneuse, compliquée d'une lésion phlegmasique très-intense des organes abdominaux.

L'élève de S.*** qui a succombé dix jours après, a, dès l'instant de l'invasion, présenté des concrétions plastiques très-étendues, couvrant tout l'appareil guttural, et se propageant aux fosses nasales, au pharynx ; tous les ganglions lymphatiques du col et les tissus voisins sont très-sensibles, énormément tuméfiés : malgré les cautérisations les plus promptes, dès le lendemain les couennes se montrent de plus en plus épaisses, elles envahissent le pharynx et se propagent avec une telle rapidité dans toutes les ramifications aérifères, qu'à la fin du troisième jour il meurt dans un état effrayant de suffocation que les insufflations de calomel et d'alun en poudre employées pour suppléer aux cautérisations devenues impossibles, et l'ingestion de fortes doses de calomel n'ont pas même pu retarder.

La nécropsie nous a fait voir d'épaisses concrétions enveloppant les amygdales, la luette, les piliers du voile du palais, et s'étendant jusqu'au tiers supérieur de l'œso-

phage : un tuyau de même nature pénétrant par la glotte et le larynx, tapissait la trachée-artère et la majeure partie des divisions bronchiques, la membrane muqueuse sous-jacente était fortement injectée et pointillée, les poumons étaient en partie hépatisés, etc.

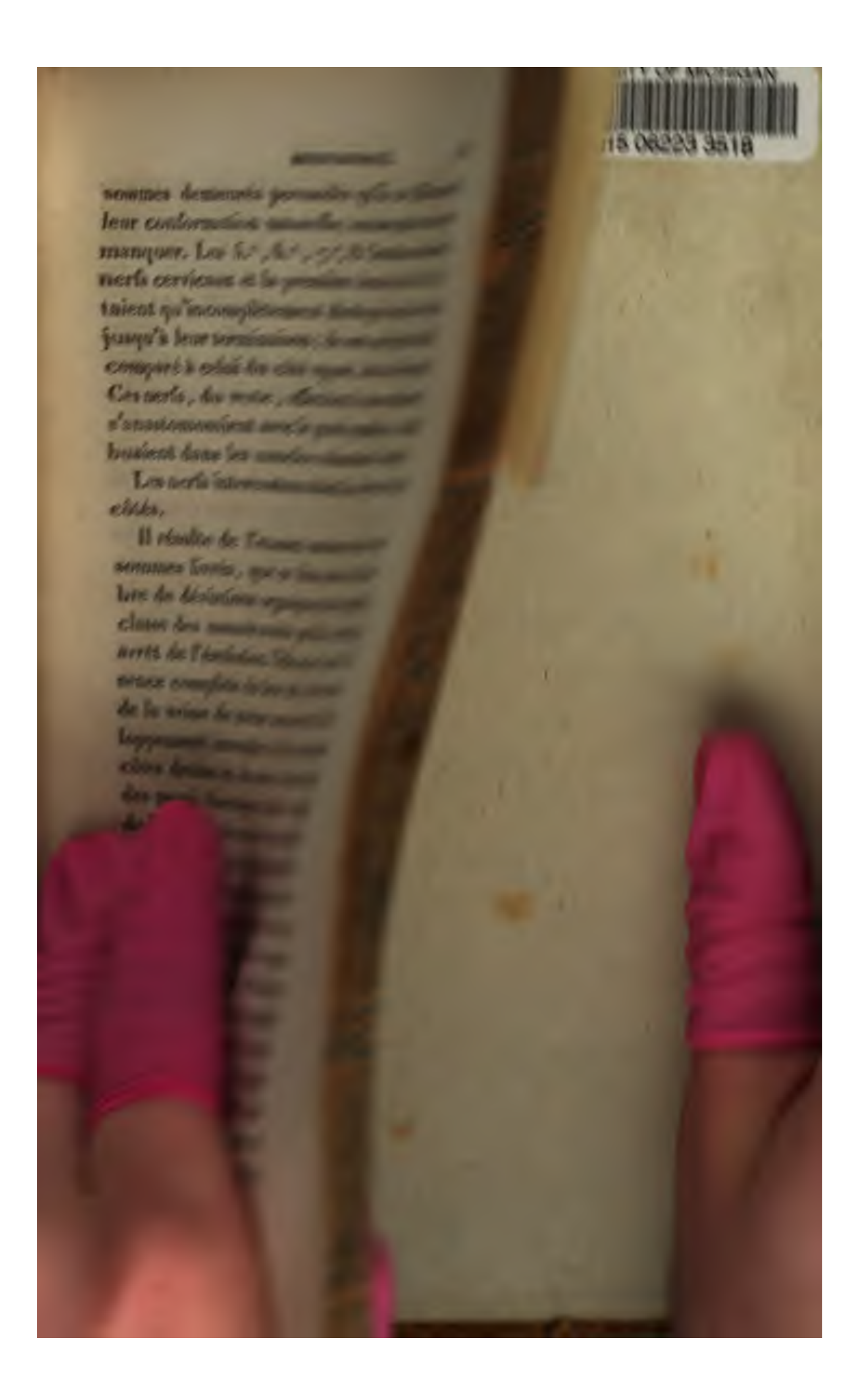
Les 7 et 8 mars, deux élèves d'une bonne complexion sont atteints de l'angine épidémique, sous l'influence d'une température boréale éminemment inflammatoire; le pouls était plein, dur; la tête très-douloureuse, la conjonctive injectée : une saignée est pratiquée; toutes les plaques diphthéritiques sont fortement cautérisées sur le champ. Les cautérisations sont répétées trois ou quatre fois pendant les trois jours suivans, et alternées avec des insufflations de sulfate d'alumine en poudre. Ces moyens sont reconnus insuffisans pour arrêter la propagation du mal devenue très-manifeste par l'altération particulière du timbre de la voix, la gêne du passage de l'air par les narines, et l'apparition des concrétions membraniformes aux ouvertures extérieures du nez. On injecte une forte solution d'alun par les narines, et on administre chaque jour quinze ou vingt grains de proto-chlorure de mercure.

Du 7.ᵉ au 10.ᵉ jour, la déglutition et la respiration paraissent sensiblement améliorées, la fièvre diminue, les fausses-membranes sont très-réduites, des lambeaux pelliculaires sont expulsés, la tuméfaction extérieure des parties latérales du cou diminue, mais des douleurs épigastriques et abdominales très-vives se font sentir, des vomissemens surviennent, se succèdent : les malades exhalent une odeur fétide; la face pâlit, la peau devient terreuse; des matières sanieuses et comme putrilagineuses sont rejetées par haut et par bas; la langue est sèche, rouge, pointillée; une sensation d'ardeur brûlante à l'épigastre ou vers divers points de l'abdomen, n'indique que trop le siège et l'étendue de la lésion interne; des hémor-

le rein gauche était situé transversalement sur la colonne vertébrale, et qu'il était réuni au rein droit par du tissu cellulaire, adhérence qui sans doute l'avait entraîné dans sa position insolite.

Le système nerveux a été examiné dans toutes les p
ties qui présentaient une anomalie quelconque. Nous av
renvoyé jusqu'ici à décrire certaines lésions des os
crâne, à cause de leur rapport intime avec des altéra
analogues trouvées sur le cerveau. Ainsi, les deux pari
et toute la partie supérieure de l'occipital présentai
dehors et en dedans les traces d'une vaste ecchym
tissu des os lui-même était imprégné de sang, d
que les tégumens qui leur correspondent. Il exi
lement des ecchymoses peu étendues à la partie
de la base du crâne, de chaque côté de l'apo
ethmoïdale; l'une d'elles était recouverte d'
assez épaisse de sang caillé. Deux autres infil
guines occupaient les fosses occipitales infér
très-étendue était située dans la fosse lat
droite. Vis-à-vis cette dernière, la cavité
renfermait un épanchement de sang con
térieur du cerveau, on remarquait des
tous les points correspondans à celles
crâne, et qui étaient avec elles en rap
de forme. Les unes étaient très-superfi
avaient une profondeur de deux à trois
stance cérébrale. Ces diverses lésions
mer que la tête du fœtus avait reçu
qu'il était tombé d'assez haut sur le sy
pas trouvé de traces de fracture.

Le cerveau, le cervelet et la moell
un moindre volume et à un état d
par l'action prolongée de l'ea
lement à une recherche



rhagies surviennent; chez l'un, le sang paraît sourdre des arrière-narines et des fosses gutturales; une abondante déjection alvine, noirâtre, évidemment sanguine, a lieu chez l'autre. La prostration, le découragement sont extrêmes; l'anxiété va croissant, les lipothymies se succèdent, et tous les deux expirent du 11.e au 12.e jour.

La nécropsie de ces deux sujets, faite avec soin par MM. Renou et Launay, dont l'activité et le zèle éclairé nous ont été si utiles pendant l'épidémie, nous a démontré que, borné en quelque sorte à l'appareil guttural, le mal s'était très-peu étendu aux voies aériennes, mais que le désordre était extrême dans l'appareil digestif.

Nous avons eu l'occasion de bien apprécier la faculté éminemment contagieuse de cette affection, déjà signalée par le plus grand nombre de ceux qui l'ont bien observée, et notamment par M. Bretonneau. Aussi les précautions les plus sévères ont-elles été prises pour s'opposer à sa propagation. Cependant soixante-quatorze élèves et une des sœurs qui leur donnaient des soins ont été atteints. Cinq élèves ont succombé. La sœur Marie a dès les premiers jours offert les symptômes les plus graves; chez elle, le mal, après avoir fait de grands ravages sur les tonsilles, dans l'arrière-gorge, et envahi successivement chacune des parties de l'appareil digestif, s'est montré à la partie externe du rectum. L'anus excessivement tuméfié et douloureux, d'un rouge livide, s'est couvert de pellicules diphthéritiques qui ne se sont détachées que par parties et fort lentement; après avoir offert pendant plusieurs jours une amélioration assez sensible, elle est tombée dans un état d'adynamie extrême, éprouvant à chaque instant de longues défaillances, précurseurs du terme fatal qui a eu lieu le 17.e jour.

Les plus jeunes de nos élèves ont été plus spécialement atteints et beaucoup plus gravement que ceux qui étaient arrivés à la puberté.

Des recherches multipliées, des observations nombreuses accompagnées de nécropsies faites avec la plus sévère exactitude, ont été publiées, et ont jeté déjà la plus vive lumière sur l'angine maligne. L'excellente monographie du docteur Bretonneau peut et doit, à juste titre, être regardée comme le traité le plus complet sur cette matière.

Je ne m'arrêterai donc point à décrire minutieusement l'épidémie que nous venons d'observer : nous n'avons rien vu d'ailleurs qui n'ait été noté avec plus ou moins de précision. Je me bornerai à exposer succinctement et avec franchise les moyens thérapeutiques qui nous ont été ou que nous jugeons les plus favorables.

Nous avons bien constaté pendant le cours de cette épidémie, que les dérivatifs les plus énergiques, que même les émissions sanguines seules, sont des moyens impuissans contre cette affection toute spéciale. L'expansion des fausses-membranes et leur propagation dans les appareils respiratoire et digestif, n'est même pas toujours arrêtée par un traitement topique; cependant ce traitement est indispensable : il faut qu'il soit toujours très-actif.

Nous pensons qu'on a trop généralement blâmé les émissions sanguines ; il fallait se borner à dire qu'elles sont insuffisantes : au début de l'épidémie, nous avons saigné du bras avec un succès bien évident un grand nombre de nos malades ; il est vrai qu'ils étaient cautérisés sur le champ, et que chez les sujets blafards et lymphatiques nous nous sommes constamment abstenus des émissions sanguines; mais lorsqu'il y avait dureté et plénitude du pouls chez les sujets vigoureux, et des signes bien caractérisés d'une turgescence sanguine vers la tête, surtout pendant la constitution boréale et éminemment inflammatoire qui a régné au passage de l'hiver au prin-

temps, la saignée, secondée par un traitement local énergique, nous a paru incontestablement utile. Mais, je le répète; il a fallu, pour m'y déterminer, des considérations aussi puissantes : dès qu'un changement bien marqué dans la constitution atmosphérique, aussitôt que les vents d'ouest, de sud et de sud-ouest ont succédé aux vents d'est et nord-est : j'ai dû renoncer à ce moyen thérapeutique auxiliaire, qui, dans cette affection spéciale, doit toujours être employé avec réserve et discernement, surtout lorsque les esprits commencent à se frapper, aussitôt que la terreur, dont l'effet est si débilitant, semble presque seule multiplier les malades.

Les sinapismes, les pédiluves, les lavemens irritans, etc., etc., m'ont paru des moyens sans proportion avec la nature du mal; à chaque fois que j'ai cru devoir les employer, je ne me suis point aperçu d'une amélioration sensible.

J'ai aussi quelquefois, malgré l'insuffisance tant de fois constatée des vésicatoires, essayé leur application dans les cas désespérés. Je n'ai fait que me confirmer de plus en plus dans dans la persuasion où je suis, qu'ils sont au moins inutiles comme moyens auxiliaires, et qu'ils ne peuvent modifier ce genre de phlegmasie.

Nous avons eu constamment à nous louer des heureux effets des cautérisations avec l'acide hydrochlorique pur, et de celles opérées au moyen d'une forte solution de nitrate d'argent, dans les cas les plus graves. Entre chaque cautérisation énergique pratiquée à 15 ou 20 heures de distance, nous faisions souvent gargariser avec une forte solution de sulfate d'alumine, injecter avec le même liquide le fond du pharynx ou les fosses nasales, lorsque les concrétions occupaient ces parties. Souvent au lieu d'injections, nous avons préféré les insufflations de la même substance en poudre.

On ne saurait trop répéter que dans cette redoutable affection il est indispensable de changer le mode d'irritation, et de substituer en quelque sorte une autre inflammation pour arrêter les progrès de la phlogose spécifique. Malheureusement ce mode de médication n'est plus applicable dès que les pellicules couenneuses se sont étendues et propagées dans les appareils respiratoires et digestifs. Nous avons dû recourir alors à la seule ressource qui reste au praticien, aux préparations mercurielles; dans quelques cas, nous en avons obtenu de bons effets. Employées aussi chez trois des sujets qui ont succombé, je n'ai pu en donner que de faibles doses intérieurement, à cause des vomissemens qui se succédaient, et des symptômes d'une très-vive irritation du tube alimentaire.

Je sais que des autorités graves ont dit et répété que tant que l'inflammation pelliculaire n'est pas très-modifiée, le traitement mercuriel ne doit pas être suspendu; mais j'avoue que le danger m'a souvent paru très-redoutable; je dois le dire, nous avons presque constamment vu des coliques survenir après son administration, des dévoiemens et même des flux hémorrhagiques, quoique j'eusse bien soin de maintenir une température élevée auprès des malades.

Les injections et les insufflations alumineuses m'ont paru non-seulement utiles pour modifier heureusement l'affection pelliculaire pendant la période aiguë; elles m'ont aussi semblé très-avantageuses pour diminuer l'intumescence des tonsilles, le gonflement œdémateux de la luette et des cryptes mucipares de l'isthme guttural, qui, le plus souvent, succèdent avec opiniâtreté à la phlogose diphthéritique. Je n'ai point observé, qu'employées avec mesure, elles fussent accompagnées ou suivies de l'érosion qu'on leur a gratuitement reprochée.

On ne doit point oublier qu'il peut arriver assez fré-

quemment que, les tonsilles et la luette paraissant saines, l'enveloppe pelliculaire s'étende déjà sur leur partie postérieure et même au pharynx, caché dans ce cas par le gonflement des amygdales et l'élongation de la luette. On ne peut donc être trop minutieux dans l'examen de l'appareil guttural : trop souvent peut-être le mal a été irrémédiable, parce que le point de départ ayant été inaperçu, les prolongemens diphthéritiques avaient déjà envahi les voies aériennes, lorsque les concrétions ont été bien apparentes sur les tonsilles ou le voile du palais ; mais dans ces cas obscurs, le praticien exercé ne s'en laissera point imposer, s'il fait attention au gonflement et à la sensibilité des glandes ou ganglions lymphatiques correspondans à l'angle de la mâchoire. Chaque fois que ce dernier symptôme existe, il faut multiplier ses recherches, et cautériser les moindres taches, surtout lorsqu'une épidémie régnante a dû donner l'éveil. Tous les moyens d'investigation la plus scrupuleuse sont alors d'autant plus indispensables, que souvent les malades sentent à peine le développement des premières taches. Cette active surveillance est long-temps nécessaire, car on ne peut se dissimuler que, dans plusieurs épidémies, cette redoutable affection, après avoir sévi sur un certain nombre d'individus, a été quelque temps sans reparaître, pour se reproduire ensuite à des intervalles plus ou moins rapprochés, mais en atteignant, dans ses apparitions successives, un moindre nombre d'individus à-la-fois.

Comment cette maladie a-t-elle pu se développer dans un établissement où toutes les précautions hygiéniques sont si strictement observées ? Aucunes causes locales appréciables n'y existent. Depuis vingt et quelques années que j'y exerce la médecine, je ne l'y avais jamais vue ; aucun de mes confrères de la ville ni des environs ne l'ont rencontrée, au moins depuis long-temps. J'ai appris

que depuis le mois d'octobre dernier, on l'a observée à Angers et dans un des villages voisins où elle a fait plusieurs victimes : depuis plusieurs années aussi elle a parcouru les départemens de l'Indre, du Loiret, d'Indre-et-Loire., etc., etc.

Cette affection est d'autant plus perfide, que ne ressemblant point aux autres épidémies qui frappent tout-à-coup un grand nombre d'individus, elle attaque en quelque sorte en détail, et paraît, ainsi que le disait Marteau de Grandvilliers (*Traité de l'angine gangréneuse*), *voltiger* d'un lieu dans un autre.

Comment se conserve le germe qui la reproduit? ne se transmet-il pas sous des conditions qui lui sont propres?... Il paraît que ce n'est point à la manière des exanthêmes ni des autres maladies que des miasmes susceptibles de se répandre dans l'atmosphère ont bientôt disséminées. Plusieurs faits portent à croire que le liquide qui découle des surfaces affectées est le plus souvent l'agent reproducteur de la maladie ; c'est l'opinion du docteur Bretonneau. Ce liquide, mêlé à la matière de l'expuition desséchée, réduite en poussière et déposée par l'air sur des surfaces susceptibles d'éprouver son action, donne probablement naissance aux diverses formes sous lesquelles se présente la maladie. Aussi, dès le début, nous avons non-seulement isolé nos malades, mais leurs crachats et le produit des gargarisations ont été reçus dans des bassins ou cuvettes nettoyées avec soin plusieurs fois par jour, et tous ces liquides enfouis dans la terre humide ; tous les lits, linges et objets à l'usage des malades, lavés dans l'eau saturée de chlorure de soude, etc.

Nous aimons à croire que la surveillance exacte qui a été observée, a dû soustraire un grand nombre de sujets, et que nous avons abrégé la durée de l'épidémie.

Nota. Plusieurs des sujets qui ont été le plus gravement

affectés, ont présenté pendant leur convalescence un affaiblissement très-remarquable de la vue; la pupille était très-dilatée; en même temps ils étaient dans un état d'adynamie musculaire qui contrastait avec l'énergie de leurs fonctions digestives, qui n'avaient été d'ailleurs que très-légèrement dérangées pendant la maladie.

Observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage; par M. Boileau, *D. M. P. à Nancy.* (*Meurthe.*)

Obs. Ire. — Le 19 novembre 1826, un homme se trouve à une fête de village, mange plus que de coutume et boit jusqu'à l'ivresse. Trois ou quatre heures après son repas, il éprouve des vomissemens de substances alimentaires; les efforts de vomissemens continuent, augmentent même; il ne rend plus rien; mais il ressent une gêne considérable dans le trajet de l'œsophage. Il ne peut plus avaler ni sa salive ni aucune boisson. Bientôt la respiration devient difficile et la prononciation tout-à-fait impossible, il porte sa main à son cou, essaye de parler et ne rend qu'un son rauque inarticulé. Un officier de santé est consulté; attribuant à l'ivresse les symptômes indiqués, il se borne à prescrire une infusion de tilleul, et se retire, sans s'assurer si le malade pouvait avaler la boisson prescrite. Les symptômes faisant des progrès, on a recours à mes soins. A mon arrivée le malade était dans un état d'angoisse considérable, sa respiration était tellement gênée, qu'il paraissait menacé d'une suffocation prochaine. Il m'indiquait par signes que quelque chose le gênait dans la région du cou. Voulant m'assurer s'il pouvait avaler, je l'engageai à prendre un peu de boisson : elle ne fut pas plutôt parvenue dans le pharynx qu'elle fut rendue par la bouche et les fosses nasales. Je

jugeai qu'il existait dans l'œsophage un obstacle qui empêchait totalement la déglutition et la prononciation, et qui gênait considérablement la respiration. Voulant connaître d'une manière positive le lieu qu'occupait cet obstacle, j'engageai une sonde en gomme élastique dans le pharynx et l'œsophage; parvenue dans la portion supérieure de ce canal, elle fut arrêtée par une résistance que je ne pus vaincre à cause de la flexibilité de l'instrument. Eclairé d'une manière certaine sur la cause et le siége du mal, je pris une tige en baleine, de la longueur de 14 à 15 pouces, de la largeur de 4 à 5 lignes, sur deux lignes d'épaisseur; je fixai solidement à l'une des extrémités de cette tige un tampon de linge que j'enduisis d'un corps gras; j'engageai cette extrémité de la baleine dans le pharynx, puis dans l'œsophage; lorsqu'elle fut parvenue à la portion supérieure de ce canal, j'éprouvai de la résistance; je pressai avec un peu de force sur la tige en baleine, l'obstacle céda et parvint dans l'estomac. Je retirai l'instrument et le malade s'écria aussitôt : *je suis sauvé.* En effet, la respiration, la déglutition, la prononciation s'opérèrent de suite comme dans l'état physiologique.

Cette observation nous paraît intéressante; elle prouve que tous les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage ne sont pas introduits immédiatement par la bouche; mais que des alimens, après avoir séjourné plus ou moins long-temps dans l'estomac, peuvent remonter, par des efforts de vomissement, dans l'œsophage, s'y arrêter, être comprimés par de nouvelles colonnes ascendantes, et déterminer des symptômes qui pourraient devenir fort graves, si, à l'exemple du chirurgien qui a vu le premier le sujet de cette observation, on méconnaissait la cause du mal, et si on négligeait d'y apporter des secours prompts et efficaces.

Obs. IIme. — Le 2 septembre 1829, une femme vint me consulter pour une douleur qu'elle ressentait à la partie moyenne du cou. Elle me raconta que le 31 août elle avait avalé un os de mouton, que depuis cette époque, elle avait ressenti, à la partie moyenne et latérale du cou, une douleur qui avait toujours continué à augmenter, que cette douleur lui paraissait occasionnée par la présence de l'os qu'elle avait avalé trois jours auparavant; qu'elle ne pouvait plus avaler ni liquides ni solides; que peu de temps après son accident, elle avait encore fait parvenir dans son estomac quelques verres de vin, mais que plus tard la déglutition était devenue tout-à-fait impossible; que lorsqu'elle prenait des liquides ou des solides, ils ne dépassaient pas le point où le corps étranger était arrêté, qu'ils étaient rendus de suite par régurgitation, et que la déglutition était devenue tellement douloureuse, qu'elle avait pris le parti, depuis plus de 24 heures, de ne rien avaler.

D'après les renseignement fournis par la malade, je ne doutai pas qu'un corps étranger ne fût arrêté dans son œsophage. Au moyen d'une sonde de gomme élastique, je m'assurai qu'il occupait la partie latérale droite de ce canal, à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Comme il eût été peu rationnel de le faire descendre dans l'estomac, je jugeai à propos d'en tenter l'extraction, et pour parvenir à ce but je mis en usage le procédé que j'ai déjà employé avec succès pour extraire de l'œsophage une pièce de cinq centimes. (Voy. *Arch. gén. de Méd.*, tome XIX, page 120.) Je pris une tige en baleine ayant à-peu-près les mêmes dimensions que dans l'observation précédente. Je fixai à l'une de ses extrémités un morceau d'éponge taillé en cône, du volume de la moitié d'un petit œuf de poule; je comprimai ce morceau d'éponge au moyen d'une ficelle roulée circu

lairement ; après un quart-d'heure de compression je déroulai la ficelle; j'enduisis l'éponge d'un corps gras, je l'engageai dans le pharynx, puis dans l'œsophage. Lorsqu'elle fut descendue au niveau du corps étranger, j'éprouvai un peu de résistance; je passai outre, et l'éponge parvint dans l'estomac : après l'y avoir laissé plusieurs minutes, je la retirai lentement; en remontant le long de l'œsophage, cette éponge accrocha par sa base, qui s'était élargie, le corps étranger, le dégagea du lieu où il s'était enfoncé, et l'entraîna dans la bouche. L'inflammation déterminée par la présence du corps étranger, diminua progressivement, et au bout de sept à huit jours la déglutition n'était plus douloureuse.

Le corps étranger était un fragment d'os qui paraissait avoir appartenu à l'omoplate d'un mouton; il avait la forme d'un carré long, mince et plat; sa longueur était d'environ quinze lignes, et sa largeur de six lignes. Il est très-probable qu'il s'était engagé par ses angles dans l'épaisseur des parois de l'œsophage, et que tous les efforts que l'on aurait pu tenter pour l'enfoncer dans l'estomac, auraient eu pour effet de l'engager davantage dans le tissu des membranes œsophagiennes, d'augmenter l'inflammation que sa présence y avait produite, et peut-être même de les perforer. En supposant que l'on fût parvenu à engager ce fragment osseux dans l'estomac, sans avoir déterminé des lésions graves dans l'œsophage, que serait-il devenu dans l'organe gastrique? comment en serait-il sorti par l'orifice pylorique? quel effet aurait-il produit par ses angles aigus, dans tout le trajet de l'intestin grêle et dans le rétrécissement iléo-cœcal? Il est probable qu'il y aurait déterminé des lésions dangereuses; il était donc essentiellement indiqué d'extraire ce corps étranger. Le procédé mis en usage dans cette observation est tellement simple, tellement facile à exé-

cuter, tellement peu douloureux, que je ne crains pas de le conseiller, dans de semblables circonstances, de préférence à tout autre.

Ce serait ici le lieu de rapprocher de ces deux observations, le cas qui s'est présenté à M. Dupuytren, dans sa clinique du 12 mai 1830.

Obs. III.e — Un homme fait le pari d'avaler une pièce de cinq francs; son intention n'était réellement pas d'en opérer la déglutition, mais seulement de la cacher dans sa bouche; il l'introduisit dans cette cavité, simula les mouvemens de déglutition d'une manière si parfaite et si naturelle, que contrairement à sa volonté la pièce s'engagea dans le pharynx et delà dans l'œsophage, où elle s'arrêta. Le malade s'étant présenté à M. Dupuytren, ce chirurgien célèbre constata la présence du corps étranger. Il en tenta l'extraction avec des pinces courbes, mais ses essais ayant été sans succès, il mit en usage un autre instrument dont le mécanisme est aussi simple que la construction : cet instrument se compose d'une tige en baleine, longue de douze à quinze pouces, d'une largeur et d'une épaisseur suffisante pour lui donner de la solidité; l'une des extrémités de cette tige est libre; l'autre est garnie d'une virole qui se prolonge au-delà de la tige sous la forme d'un petit cylindre. Deux anneaux métalliques, réunis par une portion de leur circonférence, écartés d'environ un demi-pouce à la partie opposée, complètent l'instrument; ces deux anneaux sont réunis d'une manière mobile, par leur face concave et dans leur point de jonction, à la petite tige métallique qui termine la baleine. M. Dupuytren engagea son instrument dans le pharynx, puis dans l'œsophage; l'ayant fait parvenir au niveau du corps étranger, il éprouva de la résistance pour engager le double anneau entre les parois de l'œsophage et ce corps; il surmonta cette résistance, poussa

l'anneau au-dessous du corps étranger, et en retirant l'instrument la pièce de cinq francs fut accrochée et extraite. Ce procédé est très-ingénieux et d'une merveilleuse efficacité : l'usage de l'éponge comprimée eût-il été suivi d'un succès aussi complet? Si je dois m'en rapporter à mon expérience je penche pour l'affirmative, sans toutefois me dissimuler que, dans cette circonstance, le moyen employé par M. Dupuytren mérite la préférence; mais comme il n'est pas à la disposition de tous les chirurgiens, on sera plus souvent dans le cas de se servir de l'éponge comprimée, que l'on trouve partout.

Au sujet de l'extraction de cette pièce de 5 francs, M. Dupuytren, dans sa clinique du 14 mai, a rapporté deux faits intéressans qui lui ont été communiqués par M. Larrey. Un militaire ayant fait le pari d'avaler une pièce de 5 francs, avale cette pièce, qui parcourt l'œsophage, et parvient jusques dans l'estomac. La santé de ce militaire ne paraît pas sensiblement dérangée; vingt-un jours après avoir avalé cette pièce, il la rendit par les selles; elle était noirâtre, et avait beaucoup diminué de volume dans tous les sens, pendant son séjour dans les organes digestifs.

Un autre militaire ayant fait un pari semblable au précédent, mit dans sa bouche une pièce de 5 francs, dans l'intention de l'avaler, exécute le mouvement de déglutition pour l'engager dans l'œsophage, et de là dans l'estomac; malgré ses efforts réitérés la pièce descend lentement, et finit par s'arrêter à-peu-près à la partie moyenne de l'œsophage; on fit des tentatives d'extraction qui furent sans succès; on essaya de faire parvenir le corps étranger dans l'estomac, mais on n'y réussit pas mieux; tout ce que l'on put obtenir, ce fut de le faire arriver jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage près du cardia, où il resta fixé invariablement. Quoique sensible et douloureux,

le passage des substances alimentaires par le point de l'œsophage où le corps étranger était retenu, n'était pas impossible. Le malade put se nourrir assez bien pendant six mois, ce qui fait croire que le corps étranger était placé verticalement et non pas horisontalement dans cette portion du canal alimentaire. Au bout de ce temps, le militaire dont il s'agit, entra à l'hôpital de la garde, affecté d'une maladie dite fièvre ataxique, à laquelle il succomba. A l'ouverture du corps, on trouva la pièce de 5 francs à la partie inférieure de l'œsophage, au-dessus de l'orifice cardiaque de l'estomac, les parois de ce canal épaissies, indurées, et dans un état de suppuration.

Ici se présente naturellement une question; est-ce le foyer de phlegmasie trouvé à l'extrémité inférieure de l'œsophage, qui a produit, par une irradiation sympathique sur les viscères, la fièvre à laquelle le malade a succombé? ou bien cette maladie grave était-elle indépendante de la lésion œsophagienne, qui n'aurait été qu'une complication accidentelle? Je suis porté à adopter la première opinion; une affection locale aussi grave que celle dont il s'agit, placée à une aussi petite distance d'un organe aussi important et aussi influent que l'estomac, me paraît bien susceptible de développer secondairement d'autres foyers phlegmasiques plus ou moins graves, suivant les circonstances individuelles et hygiéniques. Mais, en supposant que la maladie qui a entraîné la perte du sujet, n'ait pas eu pour cause première la présence du corps étranger dans l'œsophage, et que le malade ait prolongé son existence, que serait il devenu? L'affection de l'œsophage, qui commençait déja à éprouver la dégénerescence squirrheuse, serait passée par toutes les phases du squirrhe et du cancer, et aurait fini par entraîner la perte du sujet, en lui faisant parcourir tous les degrés du marasme. Ou bien, dans le cas le plus favorable, la pièce de

5 francs, aurait fini par descendre dans l'estomac, et par traverser les voies tortueuses des organes digestifs, comme dans l'observation précédente. L'affection de l'œsophage, n'étant plus entretenue par la présence du corps étranger, aurait pu se terminer par la guérison. Ce résultat, qui est le plus heureux et le moins probable, est toujours un cas grave; d'où il suit qu'il y a souvent beaucoup de danger, quelquefois seulement de grands inconvéniens, de laisser dans l'œsophage ou de précipiter dans l'estomac des corps étrangers susceptibles de nuire par leur volume, par leur forme, ou par leurs propriétés chimiques, et que l'on ne peut jamais prendre trop de précautions pour les extraire.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur l'anévrysme par anastomose; par Ant. Scarpa (1).

Les capillaires veineux sous-cutanés, de même que ceux qui se ramifient à l'infini dans l'épaisseur de la peau, sont susceptibles d'éprouver une dilatation considérable dans quelques points seulement de leur trajet, d'où résulte une tache livide ou rougeâtre, ou une tumeur plus ou moins saillante, qu'on a nommée *nœvus maternus, tumeur sanguine veineuse variqueuse.* Il arrive aussi, mais bien plus rarement, qu'un nombre plus ou moins considérable d'artérioles sous-cutanées se dilatent de la même manière, et forment également une tumeur qui soulève la peau; cette tumeur, qui n'est quelquefois pas plus

(1) *Annali universali di Med.* Juin 1830. (O).

grosse qu'un pois, offre des battemens correspondant à ceux du cœur et des artères, exactement comme ceux qu'on observe dans les anévrysmes proprement dits. Delà le nom d'*anévrysme par anastomose* qu'on a donné à ces tumeurs, dont les pulsations résultent, en effet, de l'effort du sang qui y pénètre à chaque mouvement du cœur, et remplit les artères tortueuses et dilatées qui y communiquent toutes entre elles par des rameaux anastomotiques très-multipliés. L'organisation de ces tumeurs les différencie totalement, comme on le voit, des anévrysmes sous-cutanés qui résultent de la lésion d'une branche artérielle de 3.e ou de 4.e ordre, car ces derniers sont de la même nature que ceux qui ont pour siège les principales artères des membres.

Les tumeurs *sanguines veineuses variqueuses* sont, autant que je sache, toujours *congénitales*. Cette altération des vaisseaux peut continuer de se développer après la naissance, d'où il résulte soit une tache d'une étendue plus ou moins grande, soit une tumeur qui peut acquérir à la longue un volume énorme. Au contraire, l'anévrysme par *anastomose* est toujours accidentel, tantôt causé par un coup, non pas assez violent pour lacérer les parois des vaisseaux sous-jacens à la peau, mais suffisant pour les affaiblir, et diminuer le degré de cohésion des parties molles qui les entourent. Il en existe de nombreux exemples cités par les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie, et qui parlent d'anévrysmes de ce genre développés sur le front, les tempes, derrière l'oreille, dans la cavité orbitaire, sur les parties latérales du nez, sur la face dorsale et le bord externe du pied. Tous les observateurs s'accordent sur ce point, que les battemens de cette espèce d'anévrysme ne sont pas aussi nettement prononcés que dans l'anévrysme dû à la rupture ou à la blessure d'une artère, et qu'on y distingue en même temps un certain frémissement qui n'existe pas dans ce dernier cas.

En général, on peut, suivant moi, établir deux sortes d'anévrysme par anastomose, quoique dans l'une et l'autre la nature de l'altération soit bien identique; leur siège constitue seul la différence. Dans le premier cas, les vaisseaux dilatés qui forment la tumeur anévrysmale résident au milieu des parties molles, qui sont d'ailleurs parfaitement sains; dans le second cas, l'anévryme par anastomose est situé au centre de parties dures, telles que les os, dont le tissu est, en outre, évidemment altéré.

I.ère espèce d'anévrysme par anastomose. Afin de présenter tous les caractères qui sont propres à cette espèce, je ne puis mieux faire pour en tracer un tableau exact, que de rapporter l'observation suivante, qui est insérée dans les *Med. Chir. Transact.* vol. XV, p. 1.

Une jeune fille, âgée de cinq ans, se heurta le front contre un bois de lit, et peu de temps après on vit se développer dans le point qui avait été le siège de la contusion, une petite tumeur de la grosseur d'un pois qui présentait des battemens manifestes. Pendant plusieurs années, cette tumeur, parue en 1809, n'acquit pas de développement sensible, et comme elle ne causait aucune incommodité à l'enfant, on n'y apporta pas une attention particulière. Dans le courant de 1821, son volume ayant alors sensiblement augmenté, on en tenta la guérison à l'aide de la compression; mais ce moyen fut presqu'aussitôt abandonné à cause des douleurs vives et continuelles qu'il déterminait, et parce qu'il sembla accélérer l'accroissement de la tumeur, et rendre ses pulsations plus prononcées. En 1824, comme la grosseur de la tumeur était encore accrue, on essaya de nouveau et sans plus de succès le même moyen.

En 1827, le mal continuant toujours à faire de nouveaux progrès, on pratiqua la ligature de quatre branches artérielles qui paraissaient surtout alimenter la tumeur.

Cette opération apporta un soulagement momentané à la malade, et fut suivie d'une diminution du volume de la tumeur. Mais, ce résultat avantageux ne fut pas de longue durée, car à la fin de la même année (1827), la grosseur de la tumeur était redevenue la même, et accompagnée en outre d'un sentiment de pesanteur sur les yeux, et d'un abattement moral très-prononcé. Au mois d'octobre 1828, son volume égalait celui de deux châtaignes réunies; au toucher elle semblait formée par un entrelacement de vaisseaux tortueux, qui étaient le siége de battemens très-forts, isochrones à ceux du cœur et du pouls; la peau qui recouvrait la tumeur était amincie, et dans les quintes de toux, elle semblait sur le point de se rompre; à sa base venaient se rendre des artères sinueuses, notablement dilatées, naissant des deux temporales, de la branche frontale de l'ophthalmique du côté droit, et des occipitales. La pression simultanée des deux artères temporales diminuait un peu la force des battemens de la tumeur. La violence des douleurs, qui augmentait encore par la moindre pression, avait décidé la jeune malade à supporter quelqu'opération que ce fut, pour voir cesser les souffrances qu'elle endurait.

Le 15 octobre, on pratiqua la ligature de la manière suivante. On traversa de part en part la base de la tumeur avec une longue aiguille d'acier, à l'aide de laquelle on la souleva de manière à l'éloigner le plus possible du péricrâne; une seconde aiguille fut alors enfoncée aussi en travers et perpendiculairement à la première, de manière à dépasser de même la circonférence de la tumeur, qui fut ensuite entourée par une ligature de soie passée au-dessous des extrémités de chaque aiguille, et qu'on serra assez fortement. La couleur de la tumeur devint immédiatement violacée. L'opération fut excessivement douloureuse, mais dès que la ligature eut été serrée, les douleurs particulières

que causait la maladie disparurent entièrement : dans la soirée on pratiqua une saignée du bras. Le lendemain 16 octobre; la douleur produite par la ligature était diminuée, la tumeur était d'une couleur brunâtre, et avait perdu de son volume; le 17, seconde saignée; le 18, on cessait d'apercevoir des battemens dans la plupart des artères qui se rendaient à la tumeur, et ils étaient sensiblement affaiblis dans celles qui en offraient encore. Cette circonstance ayant fait penser que la ligature n'exerçait pas une constriction également forte sur tous les points de la base de la tumeur, on se servit de l'une des aiguilles qui la traversaient, pour conduire dans son épaisseur une ligature double avec laquelle on serra la moitié de cette base. Le 20 octobre, on appliqua de la même manière une seconde ligature, à l'aide de l'aiguille restée en place; le 22 octobre, la tumeur se détacha d'elle-même sans donner lieu à la moindre hémorrhagie. Quelques bandelettes agglutinatives et de la charpie furent appliquées sur la plaie. La cicatrisation fit journellement des progrès, on cautérisa deux fois la surface de la plaie avec l'acide nitrique; les artères environnantes devinrent de moins en moins apparentes, et le 2 décembre la guérison était complète.

Long-temps avant de connaître cette observation, l'expérience m'avait appris que pour obtenir la guérison d'un anévrysme sous-cutané d'un petit volume, résultant de la contusion, de l'écrasement, ou de la piqûre d'un rameau artériel de troisième ou quatrième ordre, comme ceux des tempes, ceux qui se ramifient entre le pouce et l'index, dans la paume de la main, sur le dos et sur l'un des côtés ou sous la plante du pied, il ne fallait pas lier le tronc d'où émanait le rameau lésé, car cette opération n'était suivie d'aucun résultat avantageux. Le petit nombre d'exemples d'anévrysme par anastomose que j'ai rencontrés dans ma pratique, m'ont confirmé dans cette

opinion; et d'ailleurs, il suffit de réfléchir un instant au nombre considérable de ramifications qui alimentent et constituent la tumeur anévrysmale, pour concevoir que la ligature d'un tronc principal peut tout au plus alors arrêter momentanément les progrès de la maladie, mais qu'elle est insuffisante pour en déterminer la disparition. La pratique de plusieurs chirurgiens distingués, et entr'autres de MM. Dalrymple (*Med. chir. transact.* Vol. XI.) et Travers (même recueil, *Vol.* XI. p. 1.), confirme ce que l'expérience m'avait appris; le premier a pu constater ce résultat dans un cas d'anévrysme par anastomose situé dans l'orbite, et pour lequel il pratiqua la ligature de la carotide du même côté; le second, pour un cas à peu-près semblable. Chez les deux malades les battemens ne furent suspendus que momentanément, et bientôt tous les accidens reparurent avec une nouvelle force. Plus d'une observation démontre aussi qu'on ne réussit pas mieux en liant un à un tous les rameaux qui se rendent à la tumeur, et l'on ne peut apporter de preuve plus convaincante que cette dernière, pour montrer l'inefficacité du procédé opératoire dont il s'agit.

Je n'ai jamais employé d'autres moyens que la ligature simple quand la tumeur n'excède pas le volume d'une aveline, soit qu'elle eût pour origine la piqûre ou la déchirure de quelque ramification artérielle sous-cutanée, soit qu'elle se fût développée spontanément sans cause appréciable. Dans les cas où la tumeur s'était ouverte accidentellement, j'ai seulement alors lié les artères principales qui étaient la source de l'hémorrhagie, et rempli la plaie de charpie imprégnée de poudre ou de liqueur styptique : j'exerçais ensuite une compression convenable, et de cette manière j'ai constamment obtenu une guérison radicale. En général, on trouve toujours, quand la charpie se détache, une plaie vermeille, recouverte de bour-

geons charnus, et dont la cicatrisation, déjà commencée, est singulièrement activée par quelques applications légères de nitrate d'argent. Un fait pratique qu'il est important de noter, c'est que, en même temps que s'effectue l'oblitération des ramifications dilatées qui formaient la tumeur, on voit les rameaux qui se rendaient à la tumeur, et qui avaient aussi subi un degré de dilatation considérable, revenir sur eux-mêmes, et reprendre peu-à-peu leur calibre naturel.

Mais la ligature simple n'est pas applicable ou suffisante quand l'anévrysme par anastomose forme une tumeur d'une grosseur assez considérable, comme dans l'observation que j'ai rapportée plus haut, et qui est due à M. Brodie; quelques auteurs pensent qu'alors, indépendamment du réseau résultant des anastomoses vasculaires multipliées, la tumeur contient encore dans son épaisseur des cellules remplies de sang artériel qui s'y trouve dans une circulation continuelle: cette opinion n'est pas impossible. Quoi qu'il en soit, la raison et l'expérience indiquent bien, dans ce cas, qu'il faut pratiquer la ligature de la tumeur, de manière à l'étrangler le plus exactement possible. A cette occasion, je ferai remarquer, tout en rendant justice au talent et à l'habileté de M. Brodie, que dans le cas dont il s'agit, il eût été préférable d'employer le mode de ligature mis depuis longtemps en pratique pour les tumeurs sanguines variqueuses, à celui qu'il mit en usage: car il n'est pas douteux que le séjour prolongé des deux aiguilles qui traversaient la base de tumeur n'ait été la cause des douleurs violentes que l'opérée ressentait; en outre, en circonscrivant la tumeur par une seule ligature, il en résultait une constriction qui agissait très-inégalement sur tous les points de la base de la tumeur.

Tous ces inconvéniens n'existent pas en appliquant à l'anévrysme par anastomose qui présente un certain volume,

le procédé opératoire très-simple qu'on emploie ordinairement, ainsi que je viens de le dire, pour les tumeurs sanguines variqueuses. On traverse par le milieu la base de la tumeur avec une seule aiguille armée d'une ligature composée de deux fils qu'on dédouble ensuite, et avec lesquels on serre isolément chaque moitié de la base de la tumeur. Les avantages de ce genre de ligature sont assez positivement démontrés par l'observation de M. Brodie, car elle prouve clairement qu'on eut singulièrement abrégé la cure en employant ce procédé dès le principe.

Seconde espèce d'anévrysme par anastomose. Cette seconde espèce tire son principal caractère du siège qu'elle occupe; ainsi que je l'ai déjà dit, elle est liée à une altération particulière du tissu osseux, altération dont une tumeur avec battemens est un des symptômes particuliers. On a observé des tumeurs de cette espèce sur les différens os du corps; elles sont quelquefois multiples chez un même individu; on les a rencontrées spécialement sur les os de la tête, sur ceux du tronc et des membres, mais très-rarement à la partie moyenne des os longs. Je ne puis donner une idée plus précise des circonstances qui précèdent et accompagnent cette maladie, qu'en rapportant pour exemple, comme je l'ai déja fait pour la première espèce d'anévrysme, une observation particulière accompagnée des détails fournis par l'autopsie cadavérique.

Le comte S...., âgé de 57 ans, d'une constitution délicate, offrant quelques symptômes d'affection scrofuleuse depuis son enfance, sujet à des douleurs rhumatismales, et n'ayant jamais eu de maladies vénériennes, fut renversé de son cheval sur un terrain inégal et pierreux. Cette chute détermina une luxation de l'épaule droite, une commotion cérébrale qui donna lieu à une syncope assez prolongée. Peu de temps après cet accident, le comte S.... se plaignit de douleurs de tête, d'étourdisse-

mens et de lenteur dans ses digestions : il eut en même temps des douleurs de rhumatisme plus fréquentes et plus aiguës dans les diverses parties du corps.

Un an et demi environ après cette chute, il se développa à la partie inférieure du cou, du côté droit, et au-dessous de la glande thyroïde, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, offrant des battemens très-distincts. Les médecins du malade considérèrent cette tumeur comme un anévrysme ordinaire, et ne lui dissimulèrent pas leur opinion à cet égard. Le malade fut singulièrement affecté de cette consultation, et tourmenté par la crainte de mourir subitement et très-prochainement. Dans cette situation d'esprit, il voulut avoir mon avis et celui du professeur Cairoli : en examinant le malade avec attention, et surtout la tumeur qui était l'objet de toutes ses inquiétudes, nous remarquâmes que cette dernière ne s'élevait pas, à proprement parler, de la partie latérale du cou, mais bien de la base du sternum, au niveau des deux articulations sterno-claviculaires. Le siège de cette tumeur nous fit conclure que bien qu'elle offrît des battemens semblables à ceux que présente un anévrysme, elle ne pouvait provenir d'une crévasse ou de toute autre altération de l'artère innominé, et moins encore du tronc de la carotide ou de la sous-clavière droite, car la situation de ces vaisseaux et celle des tumeurs anévrysmales qui en dépendent, est bien plus au-dessus du sternum que ne l'était la base de la tumeur en question. En outre, il ne nous était jamais arrivé d'observer un anévrysme commençant du tronc innominé, ou de l'origine des artères carotide et sous-clavières du côté droit, situé autant au-dessous de la fossette du cou. D'après son siège, on pouvait plutôt penser que la tumeur était due à une dilatation morbide de la crosse de l'aorte. Mais ce qui devait éloigner encore de cette idée, c'est que les battemens du

cœur et de toutes les artères offraient une régularité parfaite, et qu'il n'existait d'ailleurs aucun des symptômes qui dénotent une affection du cœur. En outre, comme la carotide commune et les deux thyroïdiennes du côté droit étaient un peu plus grosses que celle du côté gauche, et que cette différence de calibre est assez souvent congénitale, lors-même qu'elle ne l'eût pas été, on ne pouvait voir dans cette disposition la preuve de l'existence d'un anévrysme, et rien qui motivât les craintes que peut inspirer cette maladie.

En conséquence, nous pensâmes que la tumeur existante était formée par la réunion des capillaires artériels dilatés et anastomosés largement entr'eux; qu'ils appartenaient ainsi à l'espèce d'anévrysme dit par anastomose, et que de la sorte cette affection ne pouvait faire craindre que le malade vînt à succomber subitement. Comme nous conseillions la suspension de tout traitement, cet avis ainsi motivé rassura beaucoup l'esprit du malade, auquel nous ne prescrivîmes que des moyens propres à éloigner les récidives du rhumatisme, et à combattre la diathèse scrofuleuse.

Une année s'écoula sans qu'il survînt rien de particulier; à cette époque, le comte S.... se plaignit d'une douleur permanente au côté gauche de la poitrine, entre la septième et la huitième côtes. Il ne tarda pas à se développer ensuite une tumeur avec battemens, de la grosseur d'un œuf de pigeon, dans le point primitivement douloureux, et qui dès-lors cessa de l'être. Quinze jours après l'apparition de cette seconde tumeur, il s'en manifesta une troisième sur le pariétal gauche, près de la suture sagittale. Comme les deux premières, elle était le siège de pulsations régulières, mais elle n'avait pas été précédée de douleurs locales, et les tégumens qui la recouvraient n'offraient aucune rougeur appréciable. Le

mouvement d'expansion de son tissu était le même dans tous les points de sa surface, et à un pouce de distance autour de sa base on distinguait les battemens des artères qui s'y distribuaient.

Ces nouveaux symptômes vinrent confirmer la justesse du diagnostic que j'avais porté, ainsi que le professeur Cairoli, sur la nature de la première tumeur. Les dernières avaient évidemment le même caractère. Dès-lors il ne resta aucun doute sur la maladie dont le comte S.... était affecté, et sur son incurabilité. Nonobstant l'emploi de la glace et des astringens sous toutes les formes, les tumeurs existantes continuèrent de se développer de plus en plus; une quatrième parut sur la troisième et la quatrième vraies côtes droites; une cinquième, précédée de douleurs excessivement aiguës, se manifesta sur l'os iliaque droit, près de la cavité cotyloïde, soulevant peu-à-peu la partie supérieure des muscles couturier et tenseur de l'aponévrose *fascia lata*, et le nerf crural. Le ramollissement de l'os iliaque, et spécialement des parois de la cavité cotyloïde, fut bientôt suivi d'un raccourcissement assez prononcé du membre abdominal droit, dont les mouvemens étaient accompagnés d'un craquement sensible. Enfin, deux autres tumeurs, avec battemens isochrônes au pouls, comme toutes les autres, se développèrent quelques mois avant la mort, près de la colonne vertébrale, au niveau des septième, huitième et neuvième côtes de chaque côté. Insensiblement un mouvement fébrile se manifesta, en même temps que l'œdème des membres inférieurs, la difficulté de respirer et une insomnie continuelle; le délire survint, puis un état comateux au milieu duquel le malade succomba.

Autopsie cadavérique. — L'ouverture du cadavre fut faite avec le plus grand soin par le docteur Porta, sous mes yeux, et en présence du professeur Cairoli, ainsi que

d'un grand nombre de médecins et d'élèves. On commença à pousser une injection par l'aorte, de bas en haut, puis de haut en bas, et l'on procéda ensuite à l'examen de la tumeur située sur le pariétal droit; elle était ovoïde, et du volume d'un œuf de poule. Immédiatement au-dessous de la peau, on trouva un grand nombre de rameaux artériels, singulièrement dilatés, naissant des artères temporales, occipitales et frontales : les uns pénétraient immédiatement dans le centre de la tumeur, les autres se répandaient à sa surface, ou décrivaient des sinuosités autour de sa base. La dissection fit voir que la tumeur était complètement recouverte par le périoste qui était épaissi, spongieux, et rempli de vaisseaux injectés. Au-dessous du périoste existait un tissu d'un jaune-rougeâtre, mou dans quelques points, demi-élastique dans d'autres, traversé par un réseau inextricable de capillaires artériels, qui formaient par leur réunion une masse vasculaire dont l'organisation permettait de concevoir comment le sang, en y abordant, déterminait des battemens semblables à ceux qu'on observe dans une tumeur anévrysmale. La tumeur était composée de deux portions, dont l'une formait un relief à la surface du crâne, tandis que l'autre pénétrait dans l'intérieur du crâne : cette dernière était moins saillante que l'autre. Par suite de cette disposition, la circonférence de la tumeur était creusée d'une rainure dans laquelle s'engageaient les bords de l'érosion du crâne : il en résultait qu'il eût été impossible de la déprimer plus qu'elle ne l'était du côté du crâne, ou la faire saillir davantage en dehors. La portion profonde de la tumeur adhérait en partie à la dure-mère, par quelques filamens celluleux, et plusieurs vaisseaux que l'injection avait pénétrés : la surface du cerveau offrait dans le point correspondant une dépression en rapport avec la saillie de la tumeur :

cette dernière avait évidemment des communications vasculaires avec la dure-mère, soit par les vaisseaux indiqués, soit par les anastomoses artérielles et veineuses des vaisseaux de cette membrane avec ceux du diploé et du péricrâne.

On examina attentivement et même à la loupe la substance jaune-rougeâtre qui faisait partie de la tumeur; dans certains points elle était presque réduite en bouillie, dans d'autres elle formait un tissu réticulé, demi-élastique. Son adhérence intime avec les bords de l'ouverture du crâne démontrait qu'elle dépendait surtout de cette enveloppe osseuse. On trouva un épanchement abondant de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde, à la surface du cerveau; les ventricules en contenaient aussi beaucoup. Aucun des assistans ne pensa un seul instant que cette tumeur pouvait être un fongus de la dure-mère; tout annonçait qu'elle devait son origine à l'altération du tissu osseux.

Cette description de la tumeur du crâne me dispensera d'entrer dans des détails très-circonstanciés sur la structure des autres tumeurs situées à la partie supérieure du sternum, sur les côtes droites et gauches, sur les parties latérales du rachis, et sur l'os iliaque droit. Chacune d'elles était formée par un lacis de vaisseaux extrêmement dilatés, qu'on voyait y arriver après un trajet plus ou moins long, et en couvrant le périoste de ramifications multipliées; leur distribution dans l'intérieur de la tumeur, était la même que celle qui a été décrite plus haut.

Une disposition remarquable, et qui mérite d'autant plus de fixer l'attention qu'elle se représentait dans toutes les tumeurs existantes, c'est que toutes étaient manifestement composées de deux parties, l'une superficielle et l'autre profonde : cette dernière était évidemment formée

par les vaisseaux de l'os, largement dilatés. Ce qui était à noter également, c'est que la base de toutes ces tumeurs correspondait exactement à la perte de substance de l'os. Enfin, toutes avaient diminué d'un tiers au moins de leur volume après la mort, et l'injection leur avait rendu immédiatement leur grosseur première; preuve évidente du nombre considérable et de la largeur des anastomoses, et de leurs communications immédiates avec la circulation générale.

L'os iliaque était ramolli dans une étendue de quatre pouces de diamètre, là où existait la tumeur de l'aîne. Le tissu osseux était converti en une substance molle, demi-élastique, de sorte que le fond de la cavité cotyloïde, ne formant plus un plancher résistant, la tête du fémur avait été peu-à-peu repoussée vers l'excavation du bassin, d'où était résulté un raccourcissement de plus d'un pouce du membre de ce côté.

La cavité des plèvres contenait deux ou trois livres de sérosité sanguinolente; le poumon gauche était considérablement diminué de volume, comme atrophié; le cœur était un peu plus volumineux que de coutume, mais sans altération appréciable. Le péricarde renfermait un peu de sérosité. Toutes les artères principales des membres étaient dans l'état sain, sans aucune dilatation anormale. Tous les organes de l'abdomen étaient sains; la vésicule biliaire contenait un calcul de la grosseur d'une olive.

(*La suite au N.° prochain*).

Recherches sur l'hydropisie dépendant d'un état morbide des reins; par RICHARD BRIGHT, *M. D., membre de la Société royale de Londres* (1).

Quoique l'hydropisie soit, sous le point de vue prati-

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé : *Reports of medical cases; selec-*

que, un des sujets qui mérite le plus de fixer l'attention des médecins, on n'a que peu ajouté, dans ces derniers temps, à nos connaissances sur les altérations pathologiques qui peuvent donner naissance à cette maladie. Le docteur Bright, frappé de cette négligence et de l'importance de ce genre de recherches, a dirigé principalement sur ce point ses études; sa position comme médecin d'un des grands hôpitaux de la capitale de l'Angleterre lui a fourni les moyens de se livrer avec fruit à ce travail intéressant.

L'auteur passe d'abord en revue les causes généralement admises de l'hydropisie, parmi lesquelles il cite en première ligne les obstacles à la circulation existant dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, le trouble de la circulation de la veine-porte résultant d'une altération quelconque du foie, l'oblitération de la veine-cave abdominale, par la pression de tumeurs développées dans l'abdomen, la suspension du cours du sang veineux dans quelques-uns de ces canaux principaux par une cause quelconque, etc.; il expose ensuite avec clarté et impartialité ce qui a été fait avant lui sur la pathologie des hydropisies et il arrive à cette remarque, que l'une des causes les plus fréquentes de ces maladies et que jusqu'à lui personne n'avait signalée, du moins à sa connaissance, est une altération morbide du tissu des reins et de leurs fonctions. Vingt-quatre observations qu'il a recueillies avec le plus grand soin, et un examen attentif des lésions pathologiques existant après la mort dans chacun de ces cas, l'ont amené à faire cette découverte importante.

Les preuves que les reins malades ont une part très-

---

ted with a wiew of illustrating the symptoms and cure of deseases by a reference to morbid anatomy; in-8.° Londres, 1827, avec des fig. coloriées.

plus mou que dans l'état naturel, bigarré de jaune à l'extérieur, de gris et de jaune à l'intérieur, ainsi qu'on peut le voir en faisant une section longitudinale. Dans un état plus avancé, le rein, dans diverses parties, devient dur et comme tuberculeux à l'extérieur; les parties saillantes sont d'une couleur plus pâle que le reste de la surface, et il n'est pas possible d'y faire pénétrer l'injection qu'on pousse par les artères. Dans la seconde espèce, la partie corticale du rein se convertit graduellement en un tissu granulé qui contient dans ses interstices une sorte de dépôt blanc et opaque. Dans la première période de cette affection, le tissu du rein paraît comme saupoudré ça et là d'un sable blanc très-fin, et il est plus mou que dans l'état naturel. Plus tard, la texture granulaire se distingue facilement à l'extérieur et à l'intérieur, et alors le volume du rein est ordinairement augmenté. Dans la troisième espèce, la surface de l'organe est raboteuse au toucher, ce qui provient d'une grande quantité de petites saillies, d'une couleur jaune, rouge et pourpre. Les reins, ainsi altérés, ont, en général une forme lobulaire et une dureté presque cartilagineuse. Outre ces changemens de structure, M. Bright pense qu'on pourra en trouver d'autres par la suite comme cause immédiate de l'hydropisie; il cite particulièrement le ramollissement du rein sans autre altération apparente; et l'obstruction de la substance tubulaire par un dépôt blanc; lésions qu'il a eu déjà l'occasion d'observer concommitantes avec l'anasarque. La nature des altérations de structure que le rein subit dans les circonstances que nous venons d'indiquer, n'a pas encore été bien déterminée; il paraît probable cependant qu'il y a dans sa substance dépôt d'une matière animale étrangère à sa composition; nous verrons plus tard pourquoi il serait très-important de s'assurer de la nature exacte de ce dépôt.

Les hydropisies que l'auteur croit devoir rapporter à une lésion organique des organes sécréteurs de l'urine, sont principalement celles que l'on désigne communément, et le plus souvent très-improprement, sous le nom d'inflammatoires : telles sont celles qui succèdent à la scarlatine, et celles qui surviennent brusquement après un refroidissement subit, chez les personnes affaiblies par plusieurs maladies vénériennes, par des excès de boisson, ou toute autre cause de ce genre : c'est surtout dans les cas où la constitution a été antérieurement détériorée par l'usage immodéré des liqueurs fortes, et où la maladie se déclare tout-à-coup, après un refroidissement brusque, que M. Bright pense que l'on peut souvent assurer que l'affection des reins a été un des premiers symptômes, et que plus souvent encore on trouve les altérations organiques les plus considérables sur le cadavre. Cette affection des reins se manifeste par de la douleur dans la région lombaire, de la sensibilité à la pression dans les flancs, et à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen ; des urines sanguinolentes et dans tous les cas albumineuses; il arrive fréquemment que la présence de l'albumine dans ce liquide est le seul symptôme qui puisse faire soupçonner l'existence de la maladie. Examinons avec M. Bright, les variations que l'urine peut présenter sous le rapport de cet élément organique.

Lorsque l'urine ne contient qu'une trace d'albumine, elle devient légèrement opaque, et blanche lorsqu'on la chauffe presque jusqu'au point d'ébullition. La quantité d'albumine est-elle plus grande, il se forme dans le liquide, lorsqu'on le fait bouillir, un précipité floconneux; à mesure qu'elle devient plus abondante, le précipité que nous venons de signaler se forme de moins en moins facilement, et si l'urine est très-chargée d'albumine, elle finit par se prendre par la chaleur en une sorte de gelée trem-

blante, absolument comme le fait le sérum du sang dans des circonstances semblables. Quelquefois, même quand la quantité d'albumine est peu considérable, le même phénomène a lieu; d'autres fois cependant l'urine, quoique contenant de l'albumine, ne fournit pas de précipité; c'est qu'alors le liquide est alcalin. Dans ces cas, pour ne pas se laisser induire en erreur, il faut neutraliser ou mieux sur-saturer l'alcali libre par l'acide hydrochlorique, avant de faire chauffer le liquide. Les variations que nous venons d'indiquer suivent les progrès naturels de la maladie, ou les modifications que lui font éprouver les remédes employés contre elle; c'est du moins ce que notre auteur assure avoir observé très-souvent. D'après les expériences du Dr. Bostock, il paraît que la sécrétion de l'albumine par les reins est accompagnée d'une diminution de celle de l'urée et des sels de l'urine; et il dit que dans quelques-unes de ses analyses, il a trouvé dans le sérum du sang un principe analogue à l'urée. Ce fait, s'il est exact, est d'un haut intérêt; mais de nouvelles et de nombreuses recherches sont nécessaires pour en apprécier la valeur. L'urine albumineuse est communément d'une faible pesanteur spécifique, qui s'élève très-rarement à 1024; elle varie ordinairement entre 1012 et 1017; quelquefois même elle descend jusqu'à 1008 ou 1006; le terme moyen de 26 expériences faites par le D.r Bostock a été de 1017. La couleur de cette urine est en général moins foncée que celle de l'état sain; quelquefois cependant elle est brune ou rougeâtre; cette dernière teinte dénote le passage de la matière colorante du sang dans le liquide sécrété. Dans ces cas, le précipité ou la matière floconeuse qui se dépose par la chaleur est brune; quand l'urine est moins colorée que de coutume, ce précipité est d'un blanc sale ou grisâtre. La présence de l'albumine dans l'urine n'est pas toujours nécessairement liée avec une maladie orga-

nique des reins; on l'y rencontre quelquefois dans l'état de santé parfaite, et il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'assigner les causes de cette anomalie. On observe aussi ce changement de composition de l'urine dans plusieurs maladies autres que l'hydropisie; mais dans ces cas M. Bright a toujours trouvé, à l'examen du cadavre, une altération organique des reins analogue à celle qu'il a signalée pour l'espèce d'hydropisie dont il s'agit. Enfin, les lésions pathologiques que subissent les reins et que nous avons décrites, ne déterminent pas nécessairement, et dans tous les cas, l'hydropisie, quoique, suivant notre auteur, cela ait lieu dans la grande majorité des cas; lorsque, dit-il, l'épanchement aqueux dépend d'une maladie du cœur ou du foie, et que les reins ne sont pas altérés, je n'ai jamais observé que l'urine fut albumineuse pendant la vie.

Outre les signes de l'irritation des reins que nous avons indiqués ci-dessus, il y a d'autres particularités qui servent à faire distinguer pendant la vie l'espèce d'hydropisie qui nous occupe, de celles qui reconnaissent pour cause une maladie organique du cœur ou du foie, ou un obstacle quelconque à la circulation veineuse. La plus tranchée de toutes, c'est une tendance bien prononcée à l'inflammation, surtout dans les membranes séreuses. Dans plusieurs cas, M. Bright a eu à combattre des symptômes de cette nature par le traitement approprié, quelquefois très-actif. Sur dix-sept autopsies de cadavres de gens morts de cette espèce d'hydropisie, il a trouvé que dix présentaient des traces évidentes de pleurésies, presque toutes peu anciennes; sur trois des signes de péricardite, sur un des traces de péritonite récente, et sur un autre, un œdème de la glotte, *œdema glottis*. Il est aussi très-important de remarquer que dans la plupart de ces cas les inflammations locales étaient latentes. Il est donc néces-

saire, pendant le cours de cette hydropisie, d'examiner avec une attention scrupuleuse l'état des organes thoraciques, à l'aide du stéthoscope et de tous les moyens que nous possédons pour établir notre diagnostic, même lorsqu'aucun symptôme n'appelle l'attention sur ces organes. D'autres affections viennent très-souvent compliquer la maladie, ce sont des maladies du cerveau et de ses enveloppes; l'épilepsie et l'apoplexie ont été quelquefois observées.

Quant au traitement de cette grave maladie, M. Bright conseille les saignées générales et locales, soit pour arrêter la marche de la désorganition des reins, soit pour combattre les inflammations des membranes séreuses ou la tendance à l'apoplexie. Il ne paraît pas en général prendre le pouls pour guide pour se décider à tirer du sang: il assure avoir remarqué que la saignée a été plusieurs fois évidemment avantageuse, même lorsque le pouls était presque dans un état naturel. Les laxatifs sont indispensables, et il donne la préférence aux sels neutres. Les diurétiques sont aussi très-essentiels, et il préfère encore les sels, et particulièrement le tartrate acide de potasse. Il rejette les diurétiques stimulans comme pouvant augmenter l'irritation des reins, et comme manquant souvent d'activer la sécrétion de l'urine. Il recommande l'emploi de la scille, qu'il donne ordinairement combinée avec un peu d'opium ou d'extrait de jusquiame, dans la vue de diminuer l'irritation rénale. Il doute de l'utilité du mercure, et va même jusqu'à dire qu'il vaut mieux s'en abstenir. Les cas, dit-il, de cette maladie, où j'ai obtenu le plus de succès, sont en général ceux dans lesquels je me suis rigoureusement abstenu de l'emploi du mercure; dans quelques-uns j'ai vu les bons effets des autres médicamens entièrement suspendus par l'action de ce métal. Indépendamment de l'incertitude où l'on est sur l'utilité du mer-

cure ; un autre circonstance s'oppose à son emploi ; c'est la rapidité et la violence avec lesquelles la salivation se manifeste, et la grande difficulté qu'on éprouve à la faire cesser. Dans quelques cas d'hydropisie avec urine albumineuse, la débilité générale et la faiblesse du pouls sont telles, qu'il est indispensable de recourir à l'emploi des toniques ; M. Bright a retiré de grands avantages du sulfate de quinine associé à la scille, des ferrugineux, et de l'*uva-ursi*.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Nature des globules du sang. — Dans son *Mémoire sur la structure intime des tissus de nature animale*, M. Raspail prétend que les globules du sang sont simplement albumineux, et il appuie son opinion sur la solubilité de ces globules dans l'eau, l'acide acétique, etc. M. Donné est arrivé à des résultats opposés de la manière suivante : lorsqu'on verse de l'eau sur un peu de sang humain que l'on observe au microscope, les globules disparaissent bientôt, et l'œil n'en peut plus rencontrer aucun ; mais si l'on observe très-attentivement, à l'aide d'un fort grossissement, et surtout en remplaçant la lumière du jour par celle d'une lampe, on voit qu'il reste dans l'eau de petits corps ronds, très-transparens, que l'on distingue avec peine, mais qui pourtant sont absolument insolubles, quelque étendu que soit le liquide. La chose est bien plus évidente lorsqu'on opère sur du sang de grenouille, dont les globules sont bien plus gros ; on aperçoit même à la lumière solaire ces petits corps ronds, qui ne sont que les globules eux-mêmes privés de quelques-uns de leurs élémens. Si l'on veut répéter cette expérience en grand, il faut étendre environ une once de sang dans huit ou dix fois son poids d'eau ou davantage, s'il est nécessaire, pour que l'on n'aperçoive plus de globules au jour : on filtre ensuite, et l'on recueille la matière plastique qui est restée sur le papier ; cette substance, qui a tous les caractères de la fibrine, mise en petite quantité sur une lame de verre avec un peu d'eau, et observée au microscope, à la lumière d'une lampe, présentera tous les globules avec leur forme primitive. Enfin, en variant ces expériences, on verra que les globules du sang ne sont point solubles

en totalité dans les menstrues, qui dissolvent l'albumine et qui ne dissolvent pas la fibrine. Ainsi, l'ammoniaque, l'acide acétique les feront disparaître de manière qu'il sera impossible d'en retrouver les traces. M. Donné conclut de ces faits que les globules du sang ne sont point un simple précipité d'albumine, comme le prétend M. Raspail, mais qu'ils sont formés d'un tissu, d'un canevas, pour ainsi dire, de fibrine, dans les mailles duquel l'albumine et la matière colorante sont déposées. A la vérité, pour M. Raspail, l'albumine et la fibrine ne sont pas deux principes différens, et l'une ne serait qu'une modification de l'autre : mais peu importe pour la question en elle-même ; tout ce que M. Donné veut établir, c'est que les globules du sang ne sont point solubles dans l'eau, et que, s'ils sont albumineux, comme le dit M. Raspail, c'est de l'albumine à l'état que les chimistes appellent ordinairement fibrine.

On voit que l'opinion de M. Donné sur les globules du sang diffère de celle de M. Hewson et de MM. Prévost et Dumas, qui les regardent comme composés d'une vésicule centrale enveloppée d'une couche de matière colorante. Comme ces habiles observateurs, il pense que les globules sont de forme lenticulaire en sortant de la veine; mais le noyau de ces petits corps est, suivant lui, un léger tissu de fibrine qui contient dans ses mailles de l'albumine et de la matière rouge, à-peu-près comme la membrane hyaloïde contient l'humeur vitrée, sauf la matière colorante. D'aplatis, ils deviennent sphériques lorsqu'on les met en contact avec un peu d'eau ou qu'ils restent pendant un certain temps dans le sérum, et leur diamètre diminue un peu, parce qu'alors ces petits corps absorbent le liquide et se renflent. Si la quantité d'eau est assez grande, elle entraîne l'albumine et la matière colorante, qui sont très-solubles, et l'on n'aperçoit plus le canevas de fibrine au milieu de la liqueur rougeâtre ; mais si on laisse écouler la matière colorante sur les bords de la lame, on les retrouve en s'y prenant comme il l'a indiqué. Si on laisse évaporer l'eau, on voit sur le verre des espèces de petites paillettes rondes transparentes, qui sont ces mêmes globules, et que l'on peut rendre plus apparentes en soumettant la lame à un peu de vapeur d'iode; celle-ci les colore plus fortement que les parties environnantes. (*Séances de la Soc. Philom.* 1830.)

Sur quelques points d'anatomie et de physiologie de l'œil; *par M. le professeur F. Rossi.* — Ayant conçu quelques doutes sur la continuité de la rétine avec le nerf optique, et sur la faculté attribuée à la première de transmettre au *sensorium* l'image des objets, il procéda à de nouvelles expériences pour éclairer ce point douteux. Après avoir extrait un œil de son orbite, il fit une ponction à la sclérotique, à quelques lignes de la cornée, et pénétra jusqu'à la choroïde ; il insuffla ensuite de l'air par cette voie

et suspendit l'œil par le nerf jusqu'au développement de la putréfaction. Alors il incisa l'enveloppe fibreuse jusqu'au nerf optique, il vit la rétine et la choroïde séparées de celui-ci et éloignées de quelques lignes, le corps vitré se trouvant en contact avec lui; il put ensuite facilement séparer la sclérotique putréfiée du nerf desséché. Il pense que le pigment de la choroïde, qui se détache par la malaxation et le lavage, est un produit de sécrétion dont la couleur, d'après l'analyse du professeur Lavini, est due à la présence du protoxyde de fer. Il n'a pas trouvé, entre les affections du globe de l'œil et celles des méninges et du cerveau, les rapports qui devraient exister s'il y avait continuité de tissu; dans les cas d'amaurose du nerf optique avec perte de la vision, la texture du globe de l'œil ne présente aucune altération. Dans la cataracte qui débute par le centre du cristallin, la vue se perd dès le principe, bien que la circonférence soit translucide; c'est qu'alors les rayons lumineux ne peuvent frapper le nerf optique. Dans les cas d'amaurose d'un côté, le nerf optique, comparé à celui de l'œil sain, paraît atrophié, tandis que la rétine de l'un et de l'autre côté ne présente aucune différence, et répond de même à l'action électro-galvanique. Dans des cas de polypes des sinus frontaux et maxillaires, l'auteur a trouvé des hydatides de la grosseur d'un grain de millet sur la choroïde et la rétine, ce qui n'altérait en rien la fonction visuelle. Dans certaines dépravations de la vue, l'organisation de l'œil paraît intacte; M. le professeur Rossi a seulement vu le pigment de la choroïde tirer sur le jaune dans un cas de nyctalopie. Enfin, l'auteur conclut de ces faits : 1.° que les parties constituantes du globe de l'œil ne sont point un prolongement de celles de l'encéphale; 2.° que le pigment choroïdien est un produit de sécrétion; 3.° que la rétine n'est point une continuation du nerf optique, et qu'elle sert probablement à modifier de certaine manière les images qu'elle lui transmet. Relativement à cette transmission, il a vu, dans ses expériences, que l'image des objets vient toujours se peindre sur la partie de la rétine située au-dessus d'une ligne qui la séparerait horizontalement par la moitié, et il suppose dès-lors que cette image, qui tombe renversée sur la rétine, se réfléchit ensuite, par l'effet de sa concavité, sur le nerf optique; double réflexion au moyen de laquelle l'image se trouve redressée et parvient au *sensorium* telle qu'elle est entrée dans l'œil. (*Mém. de l'Acad. des Sc. de Turin*, 1828.)

Chèvre hermaphrodite. — Cet animal, qui fut disséqué à Naples par ordre du souverain, présentait, au-dessous de l'orifice de l'anus, une ouverture ovale qui se terminait au niveau de l'origine d'un pénis muni d'un prépuce bien formé. On a remarqué que cette chèvre avait une telle tendance à l'acte de la copulation, comme fe-

melle, que, quand elle n'était pas satisfaite, elle introduisait son pénis recourbé à travers l'ouverture de sa vulve. L'ouverture de cette dernière, ainsi que l'orifice de l'urètre, aboutissaient à un canal commun, placé entre l'anus et le pénis, et d'un diamètre capable de recevoir l'organe du mâle pendant l'acte de la copulation; ce vagin offrait des rides comme à l'ordinaire. La matrice, complètement développée, était oblitérée de toutes parts; les trompes de Fallope manquaient; la cavité de l'utérus contenait une tumeur blanchâtre, produit d'une sécrétion folliculaire, peut-être sous l'influence de l'état d'éréthisme dans lequel cet organe était continuellement. Les deux testicules donnaient naissance à chaque conduit déférent qui adhérait aux parois latérales du vagin, et allait, vers l'origine de ce dernier, se rendre dans les vésicules séminales qui offraient un orifice extérieur. Les ovaires, munis de leurs pavillons, avaient atteint un développement complet. (*Brevi cenni su di un neutro capra;* broch. in 8.°, Napoli, 1829.)

Pathologie.

DÉSORGANISATION DE L'ÉPIDERME CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — *Obs. par le docteur Jœrg.* — Dans son ouvrage sur les maladies des enfans, intitulé : *Uber die Kinderkrankheiten*, page 310, l'auteur s'exprime ainsi : « Une maladie très importante de la peau des nouveau-nés, est celle qui est caractérisée par un état particulier de l'épiderme, qui fait qu'il se détache au moindre attouchement, de la plante des pieds, des orteils, de la paume des mains, des doigts, et quelquefois même de toute la surface du corps. J'ai observé seulement une fois ce dépouillement de toute la surface du corps dans un enfant venu parfaitement à terme et plein de vie; mais je l'ai rencontré plus fréquemment aux mains et aux pieds. Dans tous les cas, il était évident que la mère avait été affectée de syphilis pendant sa grossesse. Aucun des enfans atteints de cette maladie n'a vécu plus de quatre ou cinq jours, et, quoique venus à terme, ils étaient tous maigres et débiles. Les parties dépouillées d'épiderme s'enflamment, et cette circonstance, jointe à la faiblesse extrême des individus, contribue puissamment à abréger leur existence. J'ignore absolument quelle peut être la nature de cette maladie. Cet état de la peau aux mains et aux pieds est quelquefois accompagné d'une éruption pustuleuse dans diverses parties du corps, différant essentiellement de la petite vérole par la forme et l'aspect des boutons. Elle ressemble, au contraire, beaucoup aux pustules de vaccine, vers le douzième ou treizième jour de l'éruption. Il m'a été aussi tout-à-fait impossible de savoir à quoi m'en tenir sur la nature et la marche de cet exanthème, à cause de la rapidité avec laquelle succombent tous

les enfans atteints de cette singulière maladie. (*The London med. and physical Journal*, mars 1830.)

Gangrène partielle des poumons. — *Guérison.* — Le sujet atteint de cette maladie entra dans la salle Saint-Raphaël (Pitié, service de M. Louis), où il fut couché au n.° 6, le 1.er mai 1830. C'était un colporteur, âgé de 30 ans, d'une constitution assez forte, enrhumé depuis le mois de décembre de la précédente année, se comptant malade depuis quinze jours, à l'époque de son admission à l'hôpital. Au début, chaleur, soif, anorexie, oppression sans douleur, crachats blancs et fétides expectorés difficilement, diminution des forces, obligation de se mettre au lit. Le malade y resta les six jours suivans, pendant lesquels les symptômes furent à-peu-près les mêmes qu'au début; après quoi les crachats devinrent d'un rouge brun, en conservant leur fétidité; la faiblesse fut moins considérable, et le malade cessa de garder le lit. Le 2 mai, attitude naturelle, mouvemens libres, variés; aucune apparence de prostration; respiration peu accélérée; crachats médiocrement abondans, d'un rouge brun, d'une odeur gangréneuse; haleine non moins fétide; en arrière, à droite, dans les deux cinquièmes moyens de la poitrine, percussion obscure, respiration un peu rude, léger bruit de frottement, faible retentissement de la voix, nulles traces de crépitation; chaleur peu élevée, pouls à 80, médiocrement large; soif médiocre, rien autre chose de remarquable. (*Saignée de douze onces.*) Le sang se couvrit d'une couenne grisâtre et jaunâtre d'une médiocre consistance, et était entouré d'une quantité de sérosité peu considérable. Le 4, crachats abondans, clairs, peut-être un peu moins fétides que le 3; grosse crépitation en arrière à droite, légère douleur dans le même point, pouls à 64; chaleur nulle. Dès-lors, jusqu'au 5 juin, époque à laquelle le malade quitta l'hôpital, voici ce qui eut lieu : les crachats devinrent muqueux, verdâtres, opaques, puis presque incolores, et successivement moins fétides jusqu'au 9, de manière à n'avoir plus alors qu'une odeur piquante de plâtre humide. Le 10, à la suite d'un léger excès, quelques-uns d'entre eux étaient comme boueux et plus fétides que la veille; leur aspect était meilleur le lendemain, leur odeur encore très-fétide le 13, et dans la soirée du même jour il y eut un crachement de sang qui fut évalué à deux onces. Le lendemain, diminution de la fétidité des crachats, saignée nouvelle de huit onces. L'hémoptysie ne revint pas, les matières expectorées eurent graduellement moins d'odeur et un meilleur aspect, tellement que le 21 elles avaient fort peu d'odeur (celle du plâtre humide), et l'apparence du catarrhe pulmonaire simple. Elles étaient inodores après le 24; et, à compter du 28, il n'y eut ni crachats ni toux. Le pouls fut toujours calme. Il n'y eut aucun symptôme secondaire

étranger à ceux qui viennent d'être décrits, et le malade était dans un état de santé parfait quand il quitta l'hôpital, au 48.e jour de l'affection.

M. Louis dit que l'odeur des crachats ne permet pas de douter qu'il n'y ait bien eu dans ce cas gangrène partielle du poumon. Il ajoute qu'une affection gangréneuse, limitée, de cet organe, chez un individu qui est dans la force de l'âge et qui jouit d'une bonne santé, ne doit pas faire porter un pronostic nécessairement fâcheux, la terminaison heureuse de cette maladie n'étant pas peut-être fort rare. Sur trois autres individus atteints de gangrène du poumon, qu'il a observés depuis sept mois, deux étaient dans ce cas, et le sujet qui a succombé avait des crachats fétides depuis huit mois au moins, quand il fut admis à la Pitié, où il succomba promptement. Il croit devoir faire observer encore que, dans les quatre cas dont il vient d'être question, le siége de la gangrène était à droite. (*Journ. Hebd.* T. VIII.)

COLIQUES DE PLOMB. *Autopsies.* — *Obs.* I.re — Un homme de 32 ans, entré le 5 mai 1829, au n.° 2 de la salle St.-Louis, (Charité, service de M. Lerminier), était employé depuis un mois seulement dans une fabrique à mettre le minium (deutoxyde de plomb) en tonneaux, pour l'expédier. Il y a trois jours qu'il a ressenti des douleurs sourdes dans le ventre. Depuis il est constipé, et il éprouve des crampes dans les membres, principalement dans les mollets. L'affection paraît légère, et l'on croit pouvoir abréger le traitement habituel de la Charité, comme cela se pratique quelquefois en pareil cas. Après avoir fait le traitement du premier jour, (*eau de casse avec les grains, lavement purgatif, lavement anodin, le bol de thériaque*), on passe aussitôt à celui du troisième (*tisane sudorifique laxative, les deux lavemens, le bol*); puis au quatrième (*potion purgative, les deux lavemens, le bol*), et l'on s'en tient là. Il y avait toutes sortes de raisons pour en agir ainsi; les douleurs s'étaient promptement dissipées, et le malade se trouvait tout-à-fait bien. Le 12 mai, après quelques jours d'une convalescence apparente, il est repris de coliques dans la soirée. Le 13 au matin, il est dans une grande agitation; la souffrance lui arrache des cris; avec cela il n'a pas la moindre fièvre. On recommence le traitement, et il prend l'eau de casse avec les grains, le lavement anodin et le bol de thériaque. Le 14, on le trouve abattu, couché sur le ventre, se plaignant encore, mais sans crier; il paraît n'avoir pas bien sa tête: cependant la nuit dernière a été beaucoup plus calme que la précédente. On passe au troisième jour, (*tisane sudorifique laxative, les deux lavemens, le bol*); ce jour là, et il en avait été de même la veille, il n'y eut presque pas d'évacuations, et le malade ne fit guères que rendre les lavemens. Dans la journée il délire, et il fallut l'attacher dans la nuit. Le 15,

état comateux. On ne peut plus lui faire rien prendre, et ses yeux sont déjà éteints et affaissés. (*12 sangsues sont appliquées à chaque jugulaire, et l'on administre un lavement de valériane et de séné*). Dans la matinée, il y eut à plusieurs reprises des convulsions épileptiformes, dans lesquelles la tête s'agitait, les dents claquaient, et les membres se raidissaient. A 3 heures, la tête était renversée en arrière, et le râle trachéal se faisait entendre. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes. La mort eut lieu deux heures après.

Autopsie faite 38 heures après la mort. — *Extérieur*, rien à noter. — *Crâne et Rachis.* — Cerveau un peu piqueté, de consistance normale, si l'on excepte la lame intermédiaire aux pédoncules cérébraux et la voûte à trois piliers, qui sont ramollies et tombent en détritus. Les vaisseaux de la pie-mère rachidienne sont sensiblement injectés. La moelle paraît généralement ramollie, surtout la portion dorsale, qui est presque diffluente, et s'en va en détritus, quand on l'agite dans l'eau. *Poitrine.* Poumons généralement engoués, surtout en arrière et en bas. Sur le bord antérieur, emphysème interlobulaire. *Cœur.* Volume et consistance de l'état normal. *Abdomen.* Le calibre de l'intestin n'est nullement diminué. On trouve des mucosités jaunâtres dans l'estomac, des matières bilieuses et deux lombrics dans l'intestin grêle; des matières grises et molles dans le gros intestin. La muqueuse est généralement saine et pâle; elle offre des points noirs dans le duodénum, et elle est d'un gris peu foncé dans le gros intestin. Les reins, la vessie, le foie, la rate, n'offrent aucune lésion.

Obs. II.ᵉ — Un jeune homme de 27 ans, employé à fabriquer des papiers de couleur, et ayant eu la colique de plomb plusieurs fois auparavant, entra le 7 juin 1830, à la Charité (service de M. Chomel) ressentant depuis trois jours des douleurs sourdes dans le ventre. Ces douleurs sont devenues de plus en plus violentes, et maintenant il s'agite sans cesse dans son lit, et ne peut trouver aucune bonne position. La pression sur l'abdomen ne le soulage pas; elle est même douloureuse à la région épigastrique. Il n'est point constipé, mais il va difficilement et rarement à la selle; il a continuellement envie de vomir, et une fois ou deux il a rejeté un peu de bile. Le pouls est fort et fréquent; il y a de la chaleur à la peau. Le lendemain 8, saignées de 12 onces, eau d'orge miellée. Pendant la nuit suivante, le malade délira, et eut une attaque épileptiforme, à la suite de laquelle il resta dans un état comateux et sans connaissance, à-peu-près pendant un quart d'heure. Dans cette attaque il se mordit la langue, et le lendemain matin on la trouva fort gonflée et ecchymosée dans plusieurs points. A ce moment il ne délirait plus, et on sut de lui qu'il avait eu plusieurs attaques semblables depuis quatre ans; époque à laquelle remontaient ses premières coliques. Il n'y avait plus de

fièvre; la douleur épigastrique s'était dissipée; on crut devoir commencer le traitement de la colique des peintres suivant la méthode de la Charité, et l'on prescrivit l'eau de casse, avec les grains, le lavement purgatif des peintres, un autre lavement de décoction de guimauve avec la tête de pavot, le bol thériacal.

Du 10 au 13, on continue le traitement. Le malade eut par intervalles du délire, et des attaques épileptiformes qui revenaient trois ou quatre fois le jour.

Dans la matinée du 13, le délire devint permanent, s'accompagna de fièvre, d'une grande loquacité, d'une agitation extrême; il fallut attacher le malade dans son lit. Le 14, outre la potion et les autres moyens indiqués plus haut, on promena des sinapismes sur les membres inférieurs, depuis les pieds jusqu'aux cuisses, et l'on tint de la glace continuellement appliquée sur la tête; le délire continua avec la même violence. Dans la soirée seulement le malade s'affaissa, et il mourut à 11 heures et demie.

Autopsie 36 heures après la mort. — *Crâne.* — Les méninges étaient saines; seulement on trouva sur l'hémisphère droit, latéralement et un peu en arrière, une légère tache de sang au-dessous de l'arachnoïde. Les tégumens du crâne étaient sains, et n'offraient pas la moindre ecchymose dans le point correspondant. La substance cérébrale avait sa couleur et sa consistance naturelles. *Rachis.* — Les méninges étaient saines. La moelle avait aussi la couleur et la consistance de l'état normal, si ce n'est qu'elle était peut-être un peu plus molle que de coutume. *Poitrine.* — Adhérences celluleuses lâches. Poumons offrant un engouement sanguin très-prononcé, et une infiltration œdémateuse dans les deux tiers postérieur et inférieur. Le tissu du cœur est pâle et flasque, non friable. *Abdomen.* — Glandes mésentériques hypertrophiées. La surface interne de l'estomac est mamelonnée dans une grande étendue; la muqueuse, d'une bonne consistance, est beaucoup plus épaisse que d'ordinaire, surtout dans sa moitié splénique, qui offre deux ou trois taches rouges, assez grandes, qui forment ecchymose. Les intestins sont distendus, et contiennent une grande quantité de gaz; on trouve deux ou trois ecchymoses dans le duodénum: tout le reste sain.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur, M. Corbin, demande s'il faut tenir compte des ramollissemens de la moelle épinière observés dans ces deux cas. Il importe d'autant plus, ce nous semble, d'y attacher de l'importance, et de publier tous les faits analogues, que ce ramollissement a déjà été, en pareil cas, signalé par plusieurs anatomo-pathologistes, et que des médecins anciens et modernes ont placé le siège de la colique des peintres dans les centres nerveux, et regardé sa nature comme inflammatoire. Il est à regretter que

M. Corbin n'ait pas aussi dirigé ses recherches sur le grand sympathique, dans lequel M. Pascal a constamment trouvé des traces d'inflammation chez les individus morts de la colique de Madrid, qui a une si grande analogie, sinon une identité parfaite avec la colique saturnine. (*Gazette Méd. de Paris*, *N.°* 31 et 32, 1830).

Suppression mortelle de la sécrétion urinaire a la suite d'un état pathologique des reins.—*Observ. par M. G. Hayward, M. D.* Le 16 juillet 1829, une dame âgée de 50 ans, mère de plusieurs enfans, fut prise de violentes nausées, de diarrhée, et d'une légère douleur à l'épigastre et dans l'abdomen. Elle attribuait son état de malaise à un refroidississement subit qu'elle avait éprouvé deux ou trois jours auparavant. Depuis huit ou dix ans elle avait joui d'une santé assez bonne, mais avant cette époque elle avait beaucoup souffert de plusieurs fausses-couches successives. La langue était couverte d'un enduit très-épais; le pouls offrait de 70 à 75 pulsations par minute, et la peau était plus froide que dans l'état de santé. On administra une dose d'ipécacuanha, et plus tard de l'huile de ricin. Le lendemain, l'émétique avait agi doucement et avait fait vomir des alimens non digérés qui avaient été pris trois jours auparavant. Les évacuations alvines avaient été très-abondantes et très-fréquentes, au point qu'on fit prendre à la malade trois grains d'opium, à doses fractionnées, pour les arrêter. La langue était alors dans le même état; il y avait encore des nausées, mais sans douleur aucune; le pouls était plus lent que la veille et la peau plus froide; en outre, la malade était très-accablée; ce qu'on attribuait à l'action de l'opium. Elle fit alors observer qu'elle n'avait pas uriné depuis deux jours entiers, qu'elle n'en ressentait nullement le besoin, et que cela ne lui causait aucune douleur ni aucune incommodité. En palpant avec soin la région hypogastrique, on s'assura que la vessie n'était nullement distendue. On ordonna un mélange de trois parties d'acétate d'ammoniaque liquide et d'une partie d'acide nitrique alcoolisé, à prendre toutes les trois heures. Le soir, comme il n'y avait eu aucune évacuation, on introduisit une sonde dans la vessie, et on obtint environ une demi-once d'urine parfaitement saine. Trouvant la malade plus assoupie et plus abattue que précédemment, et convaincu que cet état dépendait uniquement de la suppression de la sécrétion urinaire, M. Hayvard n'hésita pas à porter un prognostic fâcheux, au grand étonnement des parens qui ne voyaient rien de bien grave dans l'état de la malade, car elle n'éprouvait aucune douleur et causait librement lorsqu'on la tirait de son assoupissement. (*Large vésicatoire sur la région des reins; fomentations chaudes sur le pubis; sinapismes aux pieds; frictions stimulantes sur toute l'habitude du corps, et continuation de la mix-*

ture diurétique. Le 3.ᵉ jour, aggravation de tous les symptômes, point d'urine, coma plus profond. (*Poudre composée de : calomel, un grain ; nitrate de potasse, cinq grains ; crême de tartre, vingt grains, à prendre toutes les deux heures ; continuation des autres moyens.*) Le 4.ᵉ jour, l'état de la malade est encore empiré ; la sonde donne issue à une once à-peu-près d'urine saine. (*Teinture de cantharides et de capsicum, dix gouttes, à prendre toutes les deux heures.*) A trois heures, le coma est tel qu'on ne peut réveiller la malade ; le pouls est misérable ; on augmente la dose de la teinture de cantharides jusqu'à un gros, et on fait faire des frictions avec la même liqueur tout le long de l'épine dorsale. Le 5.ᵉ jour au matin, mort après une assez longue agonie.

Autopsie. — Le cadavre ne présente rien de remarquable ; le cerveau et ses enveloppes, examinés avec la plus scrupuleuse attention, sont dans un état d'intégrité parfaite ; il en est de même de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate et de l'utérus. Le rein droit n'avait guère que la moitié du volume habituel ; un tiers environ de sa substance était d'une couleur rouge foncée, et présentait les traces d'une vive inflammation récente ; fendu en deux, il exhalait une forte odeur d'urine. Le gauche était réduit au volume d'une petite noix ; son tissu paraissait sain et n'avait aucune odeur d'urine. Les deux uretères étaient un peu enflammés. La vessie ne contenait pas une goutte d'urine ; sa membrane muqueuse était presque noire et paraissait être le siège d'une violente inflammation.

M. Hayward fait observer que cette maladie, qu'il désigne sous le nom de *paralysie des reins*, *paruria inops* de Mason Good, ne se rencontre que très-rarement, et qu'elle n'a été signalée, à sa connaissance, que par Sir Henry Halfort, qui en a fait le sujet d'un mémoire inséré en 1820, dans le VI.ᵉ volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, et dans lequel il en rapporte cinq cas qui se sont tous terminés d'une manière fatale, et qui diffèrent peu de celui qu'il rapporte. Il pense que les symptômes cérébraux observés dans ce cas singulier sont dus, non à une congestion du sang vers le centre nerveux, mais bien à la qualité de ce liquide qui circulait dans cet organe. « La mort, dit-il, dans ces cas, est certainement le résultat de l'état d'impureté du sang provenant de la suspension des fonctions des organes sécréteurs de l'urine. Le sang, tel qu'il provient des vaisseaux lactés, est impropre à l'entretien de la vie ; une des fonctions les plus importantes des poumons, de la peau et des reins est de le purifier, et si ces organes cessent d'agir la mort s'ensuit nécessairement. » (*The American Journal of the medical sciences*. Novembre 1829.)

AMAS DE MATIÈRES FÉCALES SIMULANT UN ÉTRANGLEMENT INTERNE.

— Un homme fut pris, après un voyage, des accidens d'un étranglement interne; il avait des vomissemens continus, une constipation excessive; le ventre était ballonné et très-douloureux à la pression; il y avait des vomissemens de matières fécales. Cet homme avait, depuis long-temps, une hernie réductible qu'il avait réduite récemment; mais il affirmait qu'elle n'avait rien présenté de particulier, et il avait placé son bandage suivant son habitude. Les bains, les saignées réitérées, les délayans, ne produisirent aucun soulagement. On appela des consultans, on agita la question de savoir si l'on pratiquerait une opération, et s'il s'agissait bien, dans ce cas, d'un étranglement interne. Le plus grand nombre des consultans fut d'avis de ne rien faire. Cependant l'état du malade restait le même, les vomissemens de matières fécales continuaient, les forces déclinaient, et l'on était arrivé au quinzième jour sans qu'il y eut aucun soulagement. Un chirurgien célèbre, appelé en consultation, d'après l'état du malade et les signes non équivoques d'un étranglement interne, proposa l'opération, et pensa qu'il fallait la pratiquer même en l'absence de tout signe sensible d'existence de la tumeur étranglée, soit dans le canal inguinal, soit dans l'abdomen, au voisinage de l'anneau. L'opération fut donc résolue. M. Sanson s'absenta pour faire les préparatifs de l'opération. A son retour, tout étant disposé, et au moment d'opérer, ne sentant ni tumeur, ni douleur, ni tension d'aucune espèce au-dessus de l'anneau, ni dans le canal inguinal, ni profondément aux environs, et remarquant que le point du ventre qui correspondait à la hernie était le seul qui ne fut ni douloureux ni tendu, M. Sanson recula. En palpant alors l'abdomen avec tout le soin qu'il avait déjà apporté dans les recherches qu'il avait réitérées plusieurs fois, il sentit du côté gauche, profondément et d'une manière obscure, à la vérité, mais évidente, une tumeur alongée en forme de colonne, il lui sembla que cette tumeur n'était autre chose que le colon rempli de matières fécales durcies. Il porta le doigt dans le rectum aussi profondément que possible; il éprouva une grande difficulté à le faire pénétrer, tant il était serré par l'extrémité inférieure de cet intestin, considérablement contractée. M. Sanson essaya alors d'introduire une sonde de gomme élastique, mais elle ne put pénétrer profondément, tant la constriction du tube digestif était forte. Plusieurs lavemens d'huile d'olives furent poussés avec force : les premiers n'eurent aucun résultat, mais en les continuant ils amenèrent quelques matières jaunâtres molles : ils furent continués sans interruption. M. Sanson se détermina alors à administrer un purgatif; mais il était impossible de le donner par la bouche, puisque les vomissemens étaient continus et que le malade ne pouvait même supporter une cuillerée d'eau. Un petit vésicatoire fut établi à

la cuisse, et on déposa à sa surface, après avoir enlevé l'épiderme, une goutte d'huile de croton-tiglium; il en résulta une selle abondante. Les vomissemens cessèrent; le malade rendit, en trois ou quatre jours, plusieurs livres de matières fécales, molles et jaunes : tout fut ainsi terminé. Les accidens dépendaient évidemment de cette agglomération de matières fécales dans le tube digestif. (*Journ. de Méd. Prat.*, juillet 1830.)

—La méprise commise dans l'observation précédente n'est pas unique dans les fastes de l'art, et ces amas de matières fécales ont non-seulement simulé un étranglement interne, mais encore donné lieu à d'autres méprises. Ainsi, Rutty (*Traité sur les voies urinaires*, pag. 25) rapporte qu'un individu fut taillé comme ayant la pierre, et l'autopsie montra que ce qui en avait imposé pour un calcul était un amas d'excrémens endurcis dans le cœcum. Dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, est mentionné un cas où la rétention des fécès causa une tumeur qui fut prise pour un squirrhe, et qu'on fit disparaître promptement par des purgatifs. M. Puzin a consigné dans sa thèse (Paris 1809, n.° 84, p. 27) une observation où pareille rétention en imposa pour un squirrhe de l'estomac et du mésentère. Dans le *Journal général* (juin 1829) se trouve le cas d'une tumeur stercorale prise pour une néphrite, puis pour un abcès. Voyez encore (*Archives*, T. XX, p. 610) l'observation de M. Gibert; tous les accidens furent attribués aux hémorrhoïdes, etc., etc.

FISTULE RECTO-VAGINALE GUÉRIE SPONTANÉMENT. — *Obs. communiquée par M. Philippe, médecin à Mortagne.* — On rencontre fréquemment, dans la pratique de la médecine, des exemples de fistule vésico-vaginale, à la suite d'accouchemens laborieux. Il est plus rare d'observer la fistule recto-vaginale. En voici pourtant un exemple où la guérison a été opérée par les seules forces de la nature. M.me B...., âgée de 29 ans, d'une constitution faible et délicate, mariée depuis plusieurs années, déjà mère de deux enfans, accoucha au mois de février 1829, d'un enfant fort, et dont la tête était très-grosse. L'accouchement fut heureux et naturel; mais quelques jours après on s'aperçut de l'existence d'un abcès dans la cloison recto-vaginale, vers l'ouverture du vagin. Cet abcès s'ouvrit naturellement du côté de ce canal, et donna issue à un pus de bonne qualité. On aggrandit cette ouverture, pour favoriser la sortie du pus, et M. Huard, mon confrère, qui avait soigné la malade jusqu'à ce moment, m'appela en consultation avec M. Saint-Lambert. Nous nous aperçûmes tous que la portion de la membrane muqueuse du rectum qui formait la paroi postérieure de l'abcès, était dans un état de mortification. Bientôt elle fut entraînée par la suppuration, et il en résulta une communication entre le vagin et le

rectum. On crut pouvoir obtenir l'oblitération de cette ouverture, en empêchant qu'elle ne servît de passage aux matières stercorales et aux mucosités vaginales, par le moyen d'une mèche introduite dans l'anus à l'aide d'une sonde et d'un tampon de charpie placé dans le vagin. Le tampon était ôté de temps en temps, et des injections étaient faites pour nettoyer le vagin. Mais nonobstant l'emploi de ce moyen, les vents passaient par le canal, à moins qu'on ne donnât une forte dimension au tampon, ce qui alors aggrandissait la plaie et faisait souffrir la malade. On renonça à l'emploi de ces moyens, et on se contenta de placer dans l'anus un petit tuyau de buis de deux lignes de diamètre, pour donner aux vents une issue continuelle. Il produisit l'effet qu'on désirait : les vents et le pus ne sortaient plus que par ce conduit, et cependant, trois semaines après l'établissement de la fistule, celle-ci avait augmenté au lieu d'avoir diminué en étendue, ayant alors dix à douze lignes d'ouverture en longueur du côté du vagin, et trois à quatre pouces du côté du rectum, se terminant par une espèce de cul-de-sac dans le tissu cellulaire formant la cloison recto-vaginale, et s'étendant jusqu'au sphincter, qui était intact. Nous consultâmes alors de célèbres chirurgiens de Paris; ils témoignèrent avoir peu d'espoir de la guérison, conseillèrent des soins de propreté et peu d'autres moyens. Nous nous bornâmes donc à prescrire le repos sur le côté, et des lotions émollientes fréquentes. Le repos ne fut pas continué aussi long-temps que nous l'aurions désiré. Cependant le mal avait déjà diminué beaucoup pendant le temps où la malade s'était décidée à rester couchée. Depuis, l'amélioration a continué, et maintenant la fistule est parfaitement guérie depuis long-temps.

Thérapeutique.

EMPLOI DE LA BELLADONE DANS LA COQUELUCHE. — Malgré tout ce qui a été dit contre l'usage de la belladone dans la coqueluche, le docteur Miquel, médecin à Neuerhaus, la cite comme un moyen sur lequel il a toujours pu compter dans cette maladie. Dans le cours de plusieurs épidémies qu'il a observées depuis une quinzaine d'années, il a constamment enlevé la toux dans le délai de huit jours, à l'aide de cette substance. Seulement, il a été obligé de l'administrer avec certaines précautions; ainsi, dans les cas de pléthore ou d'embarras gastrique, il a combattu ces états avant de prescrire le remède. M. Miquel administre la belladone dès le commencement, s'il n'y a pas de pléthore; son expérience lui a démontré qu'il faut la donner à doses progressives, jusqu'à ce que des signes de narcotisme (agitation, rougeur de la face), commencent à se manifester.) Dès-lors, sans en discontinuer l'emploi, il en diminue les doses, de manière

que chaque prise occasionne encore quelque légère agitation de trois-quarts d'heure ou d'une heure de durée. Suivant ce praticien, aucun moyen ne perd aussi promptement de son efficacité par le temps, que la belladone. Lorsque la racine a été récoltée depuis un an, on peut l'administrer à la dose de deux tiers de grain, répétée trois fois par jour, chez des enfans de deux ans, sans qu'aucun effet remarquable ne s'en suive. La racine fraîche, au contraire, agit d'une manière fort sensible à un huitième de grain; ainsi prescrite à cette dose, M. Miquel a vu cette racine fraîche (au mois de mai) produire l'agitation et la rougeur de la face; tandis que, conservée d'une manière convenable jusqu'au mois de décembre suivant, elle n'a plus produit alors aucun effet à la dose de demi-grain, et chez des enfans du même âge. (*Archiv. fuer Mediz. Erfahrung*, 4.ᵉ cah., 1829, page 578.)

Polype fibreux de l'arrière-gorge; ligature par la méthode de Desault, otite interne, guérison. — Un jeune homme de 17 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatique, est admis à l'hôpital Beaujon le 26 février 1830. Il porte un polype qui apparaît dans l'arrière-bouche, déprime le voile du palais et le repousse en avant: lorsqu'à l'aide d'une spatule on relève ce dernier, le polype se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, du volume d'une grosse noix, et d'une consistance dure. A l'extérieur, la tumeur est lisse, blanchâtre, et offre l'aspect d'une membrane fibreuse qui vient d'être lavée; du reste, on la circonscrit assez facilement avec le doigt, et tout porte à croire qu'elle naît d'un point voisin de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

Le malade dit n'avoir jamais éprouvé de céphalalgies violentes, et que son polype, qui date de cinq ans, ne lui occasionne aucune douleur, mais le gêne seulement pour respirer. Le passage de l'air, gêné à travers la narine droite, est complètement suspendu à travers la gauche; la voix altérée présente le caractère nasal, et lorsqu'il dort le malade ronfle avec tant de force, qu'il empêche tous les voisins de dormir.

Le 27, M. Blandin fait la ligature du polype, suivant la méthode de Desault. La compression exercée par le fil ciré sur son pédoncule, est assez forte pour que presqu'aussitôt on puisse remarquer un changement notable de couleur; toute la surface de la tumeur prend une teinte violacée; le malade est ensuite reconduit à son lit. (*Lim.*, 3 *pots.*)

Il ne se passa rien d'extraordinaire jusqu'au 3 mars, époque à laquelle le malade commença à cracher une matière sanieuse; on resserra la ligature qui l'avait déjà été le 28 février.

Le 4 au matin, le polype se détache, et est rejeté au-dehors; il ne

survient pas d'hémorrhagie ; le malade crache seulement un peu de sang. Examiné à l'intérieur, le polype paraît formé d'une substance dense, homogène, d'une couleur rougeâtre, et dans laquelle on ne distingue aucune sorte de fibres.

Le 5, M. Blandin ouvre un petit abcès qui s'est développé en arrière de la voûte palatine ; la voix du malade n'est plus nasonnée, il respire par les deux narines, mais il se plaint de souffrir de l'oreille gauche ; on remarque de ce côté un léger suintement ; le pouls est fréquent. (*Saign.*, 3 *palettes.*) Les jours suivans, l'écoulement de l'oreille augmente. (*Vésic. à la nuque.*) Le 20, un nouvel abcès se manifeste au niveau de l'apophyse mastoïde ; on l'incise, il s'en écoule une grande quantité de pus, et un stylet introduit dans son foyer pénètre dans le conduit auditif externe. (*Injections ; orge miellée ; charpie sèche, et par dessus la charpie, des cataplasmes.*)

Depuis ce jour, les douleurs de l'oreille ont diminué, ainsi que l'écoulement. Le premier avril, l'abcès mastoïdien est complètement fermé ; il ne reste plus qu'un léger écoulement par l'oreille ; le malade demande sa sortie qui lui est accordée, mais auparavant on constate, une dernière fois, que la respiration se fait très-librement par les deux narines, et que sa voix a repris son timbre naturel : le malade, surtout à cette époque, ne faisait plus de bruit en dormant. (*Journ. hebdom.*, N.° 94.)

Ablation d'un fongus hématode de la langue par la ligature. — *Observ. de M. Von Galenzowski, de Wilna.* — Une fille âgée de 16 ans avait, depuis sa naissance, une petite tumeur de la forme d'une fève et d'une couleur bleuâtre sur le bord droit de la langue, près de sa racine. Cette tumeur augmenta graduellement de volume jusqu'à l'âge de sept ans ; elle était alors de la grosseur d'une prune. Depuis lors elle resta stationnaire jusqu'à l'âge de 14 ans, époque à laquelle elle recommença à grossir rapidement, et occasionna beaucoup de gêne et même de douleur en parlant et en mangeant. La menstruation s'établit alors, et l'accroissement de la tumeur parut s'arrêter de nouveau ; la malade éprouva aussi un grand soulagement à la suite de l'écoulement d'environ une livre et demie de sang par la tumeur, hémorrhagie résultant d'une petite déchirure faite par les dents. En 1828, la tumeur fit de si rapides progrès, que l'on craignait la suffocation pendant la nuit. Ce fut dans cet état que la malade réclama les secours de l'art. La tumeur était située à huit lignes de la pointe de la langue, s'étendait jusqu'à la racine de cet organe, et ne laissait entre elle et la voûte palatine qu'un espace de trois lignes. Elle était applatie antérieurement ; en arrière elle était si dense qu'elle s'était moulée sur les parois de la bouche, avait perdu la forme arrondie, et était creusée de plusieurs sillons. Le bord gauche de cette

tumeur était irrégulier et paraissait se confondre avec le tissu sain de la langue. Sa couleur était bleuâtre; sa consistance molle et un peu élastique; on n'y distinguait pas de pulsations. L'action de mâcher et d'avaler était alors presque impossible; la parole était claire et intelligible; mais ressemblant à celle de quelqu'un qui parle la bouche pleine. Cette maladie fut considérée comme un fongus hématode. Le 30 mai 1828, on passa à travers la tumeur une forte ligature, dans l'intention d'attirer la langue hors de la bouche et de la fixer dans cette situation pour attaquer ensuite la tumeur avec le bistouri. La ponction, nécessaire pour passer la ligature, donna lieu à une hémorrhagie si violente, qu'on abandonna aussitôt l'idée d'opérer l'ablation avec l'instrument tranchant, et qu'on résolut de recourir à la ligature. En conséquence, au moyen d'une aiguille courbe, on passa une forte ligature double de soie dans le tissu sain de la langue de gauche à droite, et tout près de la base de la tumeur. On sépara ensuite les deux ligatures, et on lia séparément les deux portions de la base de la tumeur, l'une en avant et l'autre en arrière, en ayant grand soin d'embrasser toutes les parties affectées. Lorsque les ligatures furent serrées, la langue se recourba à droite; il continua à s'écouler un peu de sang de celle qui était placée supérieurement. La tumeur prit une teinte plus foncée, et une douleur lancinante se fit sentir jusque dans le pharynx, sur la mâchoire et jusqu'à la tempe droite. Au bout de quelques minutes, on s'aperçut qu'une petite portion du tissu malade, dans les environs de l'arcade palatine, n'avait pas été comprise dans l'anse des ligatures, et aussitôt on en plaça une troisième sur ce point; les bouts des fils furent ensuite réunis dans l'angle de la bouche et fixés à la joue au moyen d'un emplâtre adhésif; on recommanda à la malade un silence absolu et un repos parfait de la langue. On plaça ensuite de la glace dans la bouche, et on couvrit la joue correspondante d'un cataplasme froid. Quelques heures après cette opération, la douleur diminua; la tumeur augmenta de volume, au point de surpasser celui d'un œuf de poule, et le sang continuait à couler par la ponction de la partie supérieure : en conséquence, on appliqua un serre-nœud à la seconde ligature, et on le serra jusqu'à ce que l'écoulement de sang eut cessé. La tumeur devint bientôt tout-à-fait insensible, diminua de volume et devint mobile. On serra d'abord des fils tous les deux ou trois jours, et plus tard tous les jours. Tant que la déglutition fut impossible, on diminua la soif à l'aide de morceaux de glace tenus dans la bouche, et ensuite par des boissons acidules. Le second jour après l'opération, tout le côté droit de la face et la langue furent pris d'un gonflement inflammatoire très-considérable, que l'on combattit par des sangsues appliquées localement, par des cataplasmes froids.

et par des gargarismes émolliens. Le huitième jour, la tumeur se détacha spontanément dans un état de putréfaction assez avancé. Elle contenait dans son centre un corps ovale, du volume d'une baie de laurier, élastique, uni, blanc et brillant. Une section de cette production morbide fit reconnaître qu'elle était formée de couches concentriques d'une substance comme cornée, et qu'elle contenait une goutte d'un liquide limpide et incolore. La plaie résultant de la chute de cette tumeur, lavée fréquemment avec le chlorure de chaux, se cicatrisa dans l'espace de trois semaines. Tant qu'elle ne fut pas guérie, la malade ne put articuler distinctement les lettres, *h*, *l*, *t*, *g* et *r*. Au mois de juin, on détruisit, à l'aide du cautère actuel, une petite portion de la maladie qui avait échappé à l'action des ligatures, et peu de temps après la malade fut complètement guérie. La place occupée par la tumeur ne se montrait plus que par une petite dépression sur le bord de la langue, et cependant la jeune fille pouvait à peine la sortir de la bouche, et elle se dirigeait toujours à droite. (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, de *Græfe et Walter*, T. XII, n.° 4; et *The North American med. and surg. Journal*, janvier 1830.)

FISTULE SALIVAIRE GUÉRIE PAR L'APPLICATION DE L'ACIDE SULFURIQUE CONCENTRÉ. — *Obs. de M. J. Higginbottom.* — Miss Brooks, âgée de dix-sept ans, avait eu, au moment de sa naissance, tout le côté droit de la tête et de la figure grièvement blessé par la pression du forceps avec lequel on avait été obligé de l'extraire. Plusieurs abcès s'étaient formés à diverses reprises; on les avait ouverts, et ils s'était fait quelques exfoliations aux dépens de l'angle de l'os maxillaire inférieur. Deux des ouvertures qu'on avait pratiquées avec la lancette ne s'étaient jamais fermées, et avaient dégénéré en fistules salivaires; l'une, située dans la cavité comprise entre l'apophyse mastoïde du temporal et le condyle de la mâchoire, et l'autre un peu au devant de l'oreille, immédiatement au-dessous de l'arcade zygomatique. La salive coulait abondamment par la première de ces deux ouvertures, au point que le cou de la malade était constamment excorié et qu'elle était obligée de se garnir de serviettes pour recevoir le liquide. Quelquefois l'une des deux fistules se fermait, mais alors l'écoulement fourni par l'autre était doublé; le flux de salive augmentait aussi pendant l'acte de la mastication. M. Higginbottom essaya d'abord la cautérisation par le nitrate d'argent. Il réussit ainsi à oblitérer l'ouverture fistuleuse située au-devant de l'oreille, mais l'autre résista obstinément; l'escarre ne resta adhérente que quelques jours, et lorsqu'elle se détacha la salive recommença à couler tout aussi abondamment. Il combina ensuite la cautérisation par le nitrate d'argent avec une compression établie au moyen d'une

plaque de plomb et de bandelettes agglutinatives : mais ce fut en vain. Il eut alors l'idée de remplir la petite cavité fistuleuse avec de l'acide sulfurique concentré qu'il introduisit au moyen d'une plume. Il renouvella cette application tous les cinq jours, et il vit, à sa grande satisfaction, que, dans les intervalles il n'y avait plus de suintement; mais l'écoulement reparaissait s'il différait de quelques jours l'application de l'acide. Il employa ce moyen huit ou dix fois tous les cinq jours, et au bout de ce temps la maladie était complètement guérie. Depuis trois ans la guérison ne s'est pas démentie. (*The London med. and phys. Journal*, janvier 1830.)

LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE GAUCHE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; *par le professeur Joseph Sisco*. — Le nommé François Nasoni, âgé de dix-sept ans, fut inopinément frappé par la pointe d'un couteau qu'on lui lança à peu de distance : la plaie qui en résulta était située à la partie antérieure et latérale gauche du cou. Il sortit aussitôt un jet de sang abondant et rapide qu'on arrêta à plusieurs reprises à l'aide de compresses et d'un bandage qui fut appliqué immédiatement. Porté à l'hospice de la Clinique, l'élève de garde lui fit une saignée qu'on renouvella deux fois le lendemain; la compression fut maintenue méthodiquement, et au bout de dix jours la plaie étant parfaitement cicatrisée, le blessé sortit de la Clinique. Il s'était à peine écoulé quelques jours, qu'une petite tumeur se manifesta à côté de la cicatrice : son volume augmenta de jour en jour, les applications de glace furent sans effet pour en arrêter les progrès, et, enfin, les accidens de suffocation qu'elle détermina, joints à l'impossibilité de la déglutition, décidèrent à pratiquer la ligature de la carotide. La peau fut incisée à trois travers de doigt environ au-dessus de la tumeur, et suivant la direction de la cicatrice. Cette première incision mit aussitôt à découvert un amas de sang grumeleux qu'on enlevait par parties et avec précaution, quand tout à-coup un sang vermeil jaillit avec force du fond de la plaie, et couvrit tous les assistans. Le professeur Sisco l'arrêta promptement, en portant deux doigts et le pouce dans le fond du sac qui formait la tumeur, et en pressant directement la carotide dans le point d'où le sang en sortait. Prenant de l'autre main une aiguille armée de plusieurs fils cirés, il en dirigea la pointe sur l'ongle de l'indicateur qui déprimait le vaisseau, et à l'aide de ce conducteur il circonscrivit exactement le tronc artériel sans léser la huitième paire. La ligature fut ensuite serrée et nouée fortement. Un peu de charpie, quelques compresses et une vessie remplie d'eau glacée furent appliquées sur la plaie.

La première journée fut tranquille : on fit prendre le soir au malade quatre grains de digitale : diète sévère. Le second jour, saignée

le matin et le soir, continuation de la digitale et de l'application de la glace. Le troisième jour, le mieux se soutint ; le quatrième, deux nouvelles saignées. Le cinquième et le sixième jour, un peu de fièvre se manifesta ; le huitième, l'état s'améliore ; le lendemain, la suppuration s'établit. Le quatorzième jour, la ligature tomba, et le trentième, le malade sortit parfaitement guéri. La cécité est complète de l'œil gauche, l'oreille du même côté perçoit les sons plus difficilement ; du reste, toutes les autres fonctions sont rétablies comme dans l'état de santé. (*Annali universali di med.*, décembre 1829.)

Laryngotomie nécessitée par une angine œdémateuse de la glotte. — Le 15 mai 1830, on apporta à la Charité (service de MM. Roux et Boyer) un malade de soixante ans environ, pour y subir une opération jugée très-urgente. Cet homme présentait une tuméfaction assez considérable à la région antérieure du cou ; il était pris à chaque instant d'accès de suffocation, sa figure était violacée, l'asphyxie imminente : on observait, en un mot, tous les signes généraux et locaux d'un œdème de la glotte, confirmé par les renseignemens pris sur le début de la maladie. La voix surtout, presque éteinte et sifflante, ne laissait aucun doute à cet égard.

L'opération fut faite immédiatement. L'opérateur se proposait de pratiquer la trachéotomie plutôt que la laryngotomie ; mais il se trouva que le larynx était placé fort bas, et avait une longue étendue verticale, circonstances qui rendaient fort courte la portion cervicale de la trachée. Une autre disposition anatomique contribua aussi à rendre suffisante la laryngotomie ; c'est la largeur considérable de l'espace crico-thyroïdien. D'après cette dernière disposition, on ne divisa que la seule membrane crico-thyroïdienne ; mais avant d'arriver à ce second temps, on fit d'abord une incision aux parties molles, d'une étendue convenable, avec précaution et à petits coups, afin de lier au fur et à mesure les petits vaisseaux saisissables, et de prévenir autant que possible l'épanchement du sang dans les bronches : ce but fut atteint. Au moment où les voies aériennes furent ouvertes, aucune hémorrhagie ne se fit à l'intérieur ; mais l'air se précipita au dehors, et la gêne de la respiration fut de suite notablement diminuée. La plaie fut maintenue béante, et le malade se trouva bien dans le courant de la journée. Le soir, la face s'injecta de nouveau, le pouls était accéléré, la peau assez chaude, etc. (*Saignée générale copieuse.*) Le lendemain, amélioration, fièvre modérée, gêne médiocre dans la respiration, voix plus libre, sans être encore régulière et sonore. (*Boissons rafraîchissantes ; lavemens.*) Les troisième et quatrième jours après l'opération, le malade allait de mieux en mieux ; la voix était presque recouvrée, l'enflure du cou était

beaucoup diminuée; mais il y avait toujours une dyspnée remarquable. A cette époque, des circonstances particulières firent sortir le malade de l'hôpital. Il mourut cinq ou six jours après; les symptômes d'engorgement pulmonaire marquèrent ses derniers instans : l'autopsie n'a pas été faite.

D'après la marche de la maladie et les suites satisfaisantes de l'opération, tout faisait espérer un succès complet. Il est à regretter qu'on ait consenti au déplacement du malade; lors même que l'engorgement pulmonaire se fût développé, ou eût fait des progrès à l'hôpital; il y aurait été combattu plus efficacement. (*Journal complém.* tome XXXVII, page 76.)

EXTIRPATION D'UN STÉATOME SITUÉ DANS L'ABDOMEN; *par le docteur Jasinski.* — Une femme âgée de 24 ans, d'une bonne constitution, se fit une contusion violente à l'hypochondre gauche, en sautant par-dessus une haie. Quelques semaines après, au mois d'avril 1827, elle s'aperçut qu'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule s'était développée entre la septième et la neuvième côtes gauches. Cette tumeur paraissait divisée en deux parties, et frappait avec un bruit particulier contre les côtes, à chaque mouvement que faisait la malade. Les frictions résolutives et émollientes étant restées sans succès, et le volume de la tumeur augmentant de jour en jour, M. J. fut consulté. La peau était tendue, mais conservait sa couleur naturelle. Au-dessous on sentait une tumeur lisse, dure, ne cédant pas à la pression, et occupant la partie gauche du bas-ventre, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis (un pied six lignes); et depuis la ligne blanche jusqu'à la colonne vertébrale; cette tumeur ne changeait de place dans aucune position du corps; du reste, elle n'incommodait la malade que par son poids et par des douleurs lancinantes qui s'y faisaient sentir, quoique rarement; toutes les fonctions se faisaient régulièrement. Le 21 février 1828, M. J. extirpa cette tumeur. Il fit une incision longitudinale, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, puis sépara la tumeur des parties environnantes, ce qui fut très-difficile, parce qu'en beaucoup d'endroits elle était adhérente aux muscles et au péritoine; aussi cette membrane séreuse fût-elle incisée aux deux endroits, ce qui fut aussitôt suivi d'un prolapsus de l'épiploon; pour remédier à cet accident, on ferma ces ouvertures par des ligatures. Les artères épigastrique et mammaire externe furent également liées et coupées. Une partie de la tumeur, grosse comme une pièce de cinq francs, adhérait trop intimement au péritoine pour pouvoir en être détachée; on la laissa en place dans l'espoir qu'elle serait détruite par la suppuration. Quand toute la tumeur fut enlevée, on rapprocha les lèvres de la plaie, et on appliqua au milieu un point de suture, puis on pansa en

laissant à la partie inférieure une ouverture pour l'écoulement du pus. L'opération avait duré une demi-heure. La tumeur pesait quatre livres, déduction faite d'une partie qui en fut détachée pendant l'opération ; elle était longue de 9 pouces et demi, large de 7 pouces trois-quarts, épaisse au centre de 5 pouces : son tissu ressemblait à du lard durci. Le soir, la malade se plaignit de douleurs violentes dans les lombes, et d'un sentiment de brûlure à l'endroit où l'artère épigastrique avait été liée. On fit sur le bas-ventre des applications de glace qui furent continuées le lendemain. Ce jour là, de la fièvre et des symptômes de péritonite s'étant déclarés, on fit une saignée de huit onces. Le 23, on fit une nouvelle saignée de huit onces, et on appliqua douze sangsues à l'endroit douloureux. La suppuration de la plaie fut abondante, le pus était épais et fétide ; néanmoins la cicatrisation se fit rapidement, et le 18 mars la malade fut complètement rétablie ; son ventre était mou, et il ne restait aucune trace de l'ancienne maladie. Au mois de septembre cette femme continuait à jouir d'une parfaite santé. (*Magazin fuer Heilkunde in Pohlen; von Leo.* B. I. H. 4.)

Ablation du pénis au moyen de la ligature. — *Obs. par M. Michaelis de Berlin.* — La ligature de la verge a été d'abord pratiquée, vers la fin du 17.e siècle, par Ruysch et par quelques autres chirurgiens ; mais cette opération étant tombée en désuétude, M. Graefe, en 1815, rappela sur elle l'attention des praticiens, et la mit en usage avec succès, dans plusieurs circonstances. Les quatre observations que rapporte M. Michaelis viennent confirmer les avantages de ce procédé opératoire. Nous en avons déja rapporté un exemple, T. XXII des *Archives*, p. 406, d'après un journal allemand.

Observ. I.re — Un homme, âgé de 29 ans, atteint d'un ulcère vénérien au gland, eut recours d'abord à un traitement mercuriel qui fit disparaître la maladie assez rapidement ; mais elle reparut quelques mois après, et résista à tous les moyens qu'on employa pour la combattre. L'ulcération s'étendit du côté de l'urètre et du prépuce, envahissant successivement le tiers du gland, et pénétrant jusqu'au milieu de la fosse naviculaire. Le malade était en proie à une fièvre mercurielle, qui l'avait réduit à un état de maigreur extrême. On combattit l'affection mercurielle, mais l'ulcère n'en continua pas moins à faire des progrès. Enfin, au bout d'un an, il vint à Berlin pour se soumettre à l'ablation de la partie malade. M. Graefe la pratiqua au moyen de la ligature. Il introduisit dans l'urètre une sonde d'argent, puis il étrangla le pénis immédiatement derrière la couronne du gland par une ligature fortement serrée. Le malade supporta cette opération avec le plus grand sangfroid : il ne survint aucun accident. Dès le soir même, la partie située au-devant de la ligature

était insensible, et on put serrer plus fortement le lien, sans déterminer de douleur. Le second jour, la partie malade fut détachée et la sonde fut retirée. La guérison fut si rapide, que le malade put quitter Berlin au bout d'un mois.

Observ. IIe — C'est celle d'un homme de 35 ans, qui portait un carcinôme qui avait envahi la moitié de la verge. L'opération fut pratiquée de la même manière que la précédente, et le malade ne témoigna que peu de douleur. Au bout de 24 heures, on put enlever la partie étranglée, et la guérison ne fut retardée que par une fièvre intermittente qui se manifesta le troisième jour après l'opération.

Observ. IIIe — Un homme, âgé de 62 ans, avait un carcinôme de la verge, suite d'une maladie syphilitique ancienne, et qui avait commencé par le prépuce. L'opération ne donna lieu à aucun accident; il ne survint pas de fièvre, et la plaie se cicatrisa si promptement, que le malade put quitter l'hôpital dès le dixième jour.

Observ. IVe — Un homme de 60 ans était affecté d'un ulcère carcinomateux qui occupait presque toute l'étendue de la verge. Cette maladie avait commencé un an auparavant, par plusieurs ulcérations qui s'étaient montrées sur le gland, et qui, en se réunissant avaient fini par s'étendre jusqu'au pubis. Pour pratiquer la ligature, on fut obligé d'attirer fortement la verge en avant, pour ne pas laisser de portions malades derrière la ligature. Le malade était parfaitement guéri au bout de 15 jours. (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*. 2.e cah. 1829, et *Bull. des sciences méd.* Février, 1830).

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS, TRAITÉE PAR LA PONCTION. — *Observ. de M. J. M. Baynham.* Hannah Martin, âgée de 30 ans, d'une habitude grêle, fut admise au dispensaire général de Birmingham, le 28 mars 1828; elle était alors au sixième mois de sa seconde grossesse. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, en soulevant un fardeau très-pesant, elle éprouva tout-à-coup une vive douleur dans le bas-ventre; elle y fit peu d'attention pour le moment. Deux jours après, il survint une rétention d'urine avec des douleurs continuelles. Pendant le mois suivant, elle éprouva un suintement perpétuel d'urine, et le ventre se tuméfia énormément. Un chirurgien consulté sur ces entrefaites, introduisit une sonde dans la vessie, et retira d'abord quatre litres d'urine, et à-peu-près autant, sept heures après. On ne pratiqua pas le toucher, et on se borna à sonder la malade matin et soir pendant les quinze jours suivans. Au moment de son admission à l'hôpital, elle avait gardé le lit pendant trois semaines; elle était en proie à une fièvre violente; le pouls, petit et peu distinct, battait 136 fois par minute; elle avait des vomissemens fréquens, des envies continuelles d'uriner, des ténesmes, une tension

et une sensibilité très-grande de l'abdomen. M. Baynham résolut d'introduire un cathéter dans la vessie, mais il éprouva d'abord de grandes difficultés à cause d'un prolapsus d'une grande partie du vagin, et d'un état de gonflement du clitoris et des petites lèvres; il réussit cependant, et l'urine qui s'écoula par la sonde ressemblait au liquide que contiennent les abcès par congestion : seulement l'odeur en était beaucoup plus fétide. La cavité entière du bassin était remplie par une tumeur qui repoussait l'anus en bas, et avait même donné lieu à un prolapsus de l'intestin. L'orifice utérin était placé beaucoup au-delà de la portée du doigt, et le fond de l'organe à moins d'un pouce de l'anus, circonstance qui rendait extrêmement difficile l'introduction du doigt dans le rectum. Convaincu qu'il ne restait plus d'urine dans la vessie, le chirurgien essaya de remettre en place la matrice, en introduisant graduellement la totalité de la main dans le vagin. Cette manœuvre fit découvrir que le col était situé directement en haut, et qu'il s'élevait au-dessus du pubis; la rétroversion était complète.

Après des tentatives infructueuses continuées aussi long-temps que le permettait l'état de la malade, M. Baynham appela en consultation deux de ses confrères. L'épuisement et l'agitation avaient augmenté : l'état de faiblesse du pouls faisant croire que la femme n'avait plus que peu de temps à vivre, il proposa de plonger immédiatement un trois-quarts dans l'utérus pour diminuer son volume. Il introduisit de nouveau la sonde dans la vessie, et après avoir fait placer la malade sur les coudes et sur les genoux, il essaya encore de soulever la matrice, mais sans aucun succès; il introduisit ensuite doucement la main dans le rectum, et l'adaptant autant que possible à la base de tumeur, il tenta de la repousser en y employant toute sa force; mais il ne réussit pas davantage. L'un des médecins présens espérant un meilleur résultat, voulut s'assurer par lui-même de l'impossibilité de replacer l'organe sans en venir à la ponction; il introduisit son doigt dans l'orifice du col, et essaya, mais en vain, de déchirer les membranes. Tous les autres moyens ayant manqué, M. Baynham se mit en devoir de pratiquer la ponction; il choisit le point de la tumeur qui faisait le plus saillie dans le rectum, et y plongea le trois-quarts. Cette première ponction ne donna issue à aucun liquide; l'instrument fut retiré et plongé de nouveau presqu'à la même place. Il s'écoula par la canule environ douze onces d'un liquide incolore, non par un jet continu, mais par intervalle; la canule se trouvant bouchée de temps en temps par le corps de l'enfant, on fut obligé de lui faire exécuter divers mouvemens. Le volume de la tumeur étant ainsi notablement diminué, on essaya de nouveau de la repousser au-dessus du bord du bassin, et au bout d'un quart-d'heure

commencée le 6 avril, à la dose de 30 gouttes, matin et soir (1 gr. sur deux onces d'eau distillée); en même temps j'ordonnai de la prendre en gargarisme et de l'appliquer sur le scrotum, à l'aide de compresses. Le 15 avril, où la dose fut portée à 60 gouttes, le matin et autant le soir, tous les ulcères du scrotum étaient cicatrisés, et la résolution de la tuméfaction des ganglions inguinaux entièrement opérée; il ne restait plus que quelques chancres au fond de la gorge. Au 24 avril, le malade prit 100 gouttes deux fois par jour; toute trace de l'affection avait disparu, mais par précaution je fis continuer la même dose jusqu'à la fin du mois. Il ne s'était montré aucun indice de salivation; seulement il y avait tous les jours plusieurs selles liquides; et l'urine présentait souvent un dépôt blanchâtre et pesant. J'ai occasion de voir M. de K. journellement; il continue de jouir de la meilleure santé. Il a employé en en tout 3 grains 3/48 à l'intérieur, et 29 grains à l'extérieur.

Des expériences ultérieures, toutes faites au lit du malade, ont appris à M. Werneck que la solution de deuto-bromure de mercure dans l'éther sulfurique est la forme la plus convenable sous laquelle il puisse être administré. Aujourd'hui il se sert del a formule suivante :

℞. Deuto-bromure de mercure................ 1 grain.
Faites dissoudre dans éther sulfurique........ 1 gros.

A prendre tous les jours après le dîner 10, 15, 20 gouttes dans une petite quantité de mucilage d'orge (*Gaz. Méd. de Paris*, N.° 33, pag. 301).

PHOSPHATE ACIDE DE QUININE. — M. Harless a trouvé dans le phosphate légèrement acide de quinine un médicament beaucoup plus doux que ne l'est le sulfate de cette base dans lequel elle se trouve à l'état libre. Le phosphate, suivant ce médecin, est bien plus aisément supporté par les estomacs irritables, par les sujets d'un tempérament nerveux, et par ceux qui sont sujets soit à des congestions sanguines, soit à des inflammations. Il ne détermine jamais cette espèce de malaise que l'on voit quelquefois survenir après l'administration du sulfate, et il a encore sur lui l'avantage de ne pas accélérer aussi vivement les mouvemens du cœur, et de n'occasionner aucune irritation de l'appareil respiratoire. Comme il est très-peu soluble, M. Harless conseille de le donner sous forme de poudre ou de pilules, et à la dose de un à quatre grains. (*Heidelberg. klinische Annal.*, tome V, page 565.)

NEUTRALISATION DES ALCALOÏDES VÉGÉTAUX. — M. Donné a publié déjà des expériences desquelles il résulte que l'action délétère des alcalis végétaux est complètement détruite par le chlore, l'iode et même le brôme; les combinaisons qui se forment entre ces trois corps simples et les bases végétales sont en effet sans action sur l'écono-

mie animale. Dernièrement, il a essayé si le chlore et ses analogues neutraliseraient de même les alcaloïdes, ceux-ci étant encore au milieu de la matière extractive. Il fit prendre, dans ce but, 1° 20 gr. d'extrait de stramoine à un chien avec de la teinture d'iode, et il n'en résulta aucun accident; 2.° 20 grains d'extrait de jusquiame avec du chlore : pas d'accident; 3.° 15 grains d'extrait de noix vomique avec du chlore : mort, 15 grains d'extrait de noix vomique avec du brôme : mort; 5.° 40 grains d'extrait de jusquiame avec de l'iode : pas d'accident. Il résulte évidemment de ces expériences que dans ce cas on n'aurait pas la même chance de réussir que si l'on agissait sur les alcaloïdes purs. — Les extraits qui ont été employés, avaient été préparés avec un soin extrême, et jouissaient d'une grande énergie (*Séance de la Soc. Philom.*, 1830).

Académie royale de Médecine. (Juillet et Août.)

Séance du 20 juillet. — **Prix sur le maïs.** — M. le président fait connaître les noms des auteurs des mémoires envoyés au concours du prix institué par le sieur Bossange père. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 455.) L'auteur du mémoire N.° 3, auquel le prix est accordé, est M. Adolphe Duchesne, médecin à Paris. L'auteur du mémoire N.° 2, auquel le second prix est donné, est M. Isidore Gond, de Pont-de-Vaux, département de l'Ain; et l'auteur du mémoire N.° 1, qui a obtenu une mention honorable, est M. Lerpes, médecin à Saint-Sever, département des Landes.

Cancers. — M. Bouillaud dit avoir fait des recherches sur les femmes qui ont survécu à l'opération de l'extirpation complète de la matrice; la femme opérée par Blundell n'a survécu que cinq mois; il en a été de même de celle opérée par Sauters; et celle de M. Récamier vient de mourir après le même intervalle de temps. Les femmes opérées dans un état de prolapsus de la matrice, ont au contraire survécu bien plus long-temps.

M. Ferrus lit une note sur la question de savoir si la diathèse cancéreuse est fréquente. Ce médecin remarque d'abord qu'à la différence des autres maladies pour lesquelles on admet des diathèses, syphilis, scorbut, scrofules, le cancer n'est pas contagieux et presque jamais héréditaire. Il avance ensuite que le cancer est le plus souvent une affection locale, et il se fonde, 1.° sur ce que sur cinquante-huit observations de cancers recueillies par lui à l'hôpital de la Salpétrière, neuf seulement lui ont présenté des cancers en plu-

sieurs parties du corps à-la-fois ; 2.° sur ce qu'en ces cinquante-huit observations, une cause manifeste avait donné lieu à la naissance et au développement de la maladie; 3.° sur ce qu'en dix-sept cas de cancers utérins, quatre seulement ont présenté la maladie propagée aux parties circonvoisines. Il cite encore en preuve la remarque faite par M. Lisfranc, que la présence d'une membrane fibreuse ou séreuse dans un organe suffit pour arrêter la propagation d'un ulcère cancéreux. Il assure que dans les cas où le cancer ne siégeait que dans le vagin et au col de l'utérus, toujours l'affection lui a paru n'être que locale. Il trouve dans la membrane péritonéale extérieure à l'utérus, et dans le défaut de tissu cellulaire sous-muqueux au-dessous de la membrane interne de cet organe, autant d'obstacles à la propagation du mal. Il conclut enfin que la diathèse cancéreuse n'est pas aussi commune qu'on le dit, surtout dans le cancer des organes génitaux, et ne contr'indique que rarement l'opération de l'ablation de la matrice cancéreuse.

M. Rochoux combat la doctrine que vient de présenter M. Ferrus : le cancer de l'utérus ne diffère pas du cancer des autres organes ; c'est un des caractères du cancer de repulluler, et la repullulation d'une maladie est la meilleure preuve qu'une diathèse préside au développement de cette maladie. D'ailleurs, dans toute suppuration, il y a résorption de la matière purulente et infection générale de l'économie, et cela doit être dans les ulcères cancéreux comme dans tous les autres ulcères. Enfin, ce n'est pas sous l'influence de causes locales que naît le plus souvent le cancer de l'utérus, et la preuve c'est que les filles publiques en sont rarement affectées. M. H. Cloquet conteste que le cancer soit rare chez les filles publiques ; des relevés faits au conseil de salubrité, et que lui a communiqués Cadet-Gassicourt, lui ont prouvé le contraire. — M. Lisfranc pense à cet égard comme M. Cloquet; parmi les malades atteintes de cancers de l'utérus qui sont à l'hôpital de la Pitié, plusieurs ont été filles publiques. D'ailleurs, les ulcères vénériens viennent sur le col de l'utérus, et pourquoi ces ulcères ne deviendraient-ils pas carcinomateux comme les ulcères vénériens du gland? Cependant il est vrai de dire que les accouchemens sont ce qui expose le plus aux cancers de l'utérus; et cette cause est moins puissante chez les filles publiques qui ont soin de ne pas faire d'enfans. M. Lisfranc professe aussi que le cancer de l'utérus est le plus souvent une affection locale; chez beaucoup de femmes dont il a fait la nécropsie, il a reconnu que le cancer était borné au col de l'utérus, et avait respecté le corps de l'organe ainsi que les parties circonvoisines. — M. Breschet pense qu'il faut distinguer les diverses espèces de cancer; tandis que quelques-unes, les cancers enkystés, par exemple, ne repullulent

jamais, d'autres, les cancers noirs, mélanés, par exemple, récidivent toujours : le trajet des vaisseaux lymphatiques marque le sens dans lequel se fait la propagation de la maladie, et cette propagation est d'autant plus grande que la suppuration du cancer est plus ancienne, et que le cancer a une communication plus facile avec l'extérieur.

NATURE DE LA VARIOLE, CAUSE DE LA VERTU PRÉSERVATIVE DU VACCIN. — M. Chantourelle lit un rapport sur un mémoire de M. Pascalis, médecin de New-York, intitulé : *Essai sur la source ou nature des maladies varioliques, sur la cause et les différens degrés des vertus préservatrices qu'elles impriment au système humain.* M. Pascalis nie que la variole nous ait été apportée de l'Arabie par les Sarrasins; elle avait, en effet, été observée trois siècles avant en Italie et dans les Gaules, et plus anciennement dans la Chine. Elle tient à un virus qu'engendre notre économie, et qui, selon son intensité, produit, ou la variole proprement dite, ou la varicelle, ou la varioloïde, en un mot, une maladie variolique quelconque. Le virus vaccin ne diffère de celui de la variole, que parce qu'il provient de la vache. Du reste, comme toutes les maladies varioleuses sont de même nature, la plus faible diminue la plus forte, et chaque espèce est ainsi prophylactique d'elle-même. C'est ainsi que s'explique la vertu préservatrice de la variole inoculée et de la vaccine.

TAILLE RECTO-VÉSICALE. — *Observation de M. Taxil; rapport de M. Larrey.* — Un jeune homme de 19 ans a tous les symptômes de l'existence d'un calcul dans la vessie; M. Taxil s'en convainc par le cathétérisme; mais comme le calcul paraît chatonné dans le bas-fond de la vessie, il se décide à opérer par le procédé de Berlinghieri ou de Sanson. Un cathéter est introduit et maintenu dans la vessie; un bistouri, posé à plat sur le doigt indicateur, est introduit dans le rectum; lorsque les sphincters de l'anus sont franchis, ce bistouri est retourné et coupe d'arrière en avant toute la portion de l'intestin comprise entre le sphincter interne et le raphé. La pointe de cet instrument est ensuite plongée dans la cannelure du cathéter, et coupe d'avant en arrière et en bas la partie membraneuse de l'urètre et le col de la vessie jusqu'à la pointe de la prostate, qui n'est intéressée que de quelques lignes. Enfin, avec un bistouri boutonné, cette dernière incision est aggrandie, et par des incisions inclinées et latérales, le reste du col de la vessie est coupé, ainsi que toute l'épaisseur de la prostate. Le calcul est découvert au tiers supérieur de la face postérieure de la vessie; on le détache à l'aide du bouton, et on l'extrait; il pèse une demi-once, sa surface est rugueuse et offre des traces d'adhérences membraneuses. Le malade est guéri en vingt-cinq jours. M. Taxil croit que le calcul avait glissé de l'uretère

sieurs parties du corps à-la-fois; 2.° sur ce qu'en ces cinquante ... observations, une cause manifeste avait donné lieu à la naissance ... au développement de la maladie; 3.° sur ce qu'en dix-sept ... cancers utérins, quatre seulement ont présenté la maladie ... aux parties circonvoisines. Il cite encore en preuve la remarque ... par M. Lisfranc, que la présence d'une membrane ... reuse dans un organe suffit pour arrêter la propagation ... cancéreux. Il assure que dans les cas où le cancer ... dans le vagin et au col de l'utérus, toujours l'affection ... n'être que locale. Il trouve dans la membrane périton... à l'utérus, et dans le défaut de tissu cellulaire ... dessous de la membrane interne de cet organe, a... la propagation du mal. Il conclut enfin que la di... n'est pas aussi commune qu'on le dit, surtout d... organes génitaux, et ne contr'indique que ra... l'ablation de la matrice cancéreuse.

M. Rochoux combat la doctrine que vient de ... le cancer de l'utérus ne diffère pas du cancer d... un des caractères du cancer de repulluler, et ... maladie est la meilleure preuve qu'une diath... pement de cette maladie. D'ailleurs, dans ... a résorption de la matière purulente et ... nomie, et cela doit être dans les ulcères ... les autres ulcères. Enfin, ce n'est pas ... cales que naît le plus souvent le cancer ... c'est que les filles publiques en sont ... conteste que le cancer soit rare chez ... faits au conseil de salubrité, ... sicourt, lui ont prouvé le contraire ... comme M. Cloquet; parmi les ... rus qui sont à l'hôpital de la ... ques. D'ailleurs, les ulcères ... rus, et pourquoi ces ulc... comme les ulcères vénériens ... que les accouchemens sont ... térus; et cette cause est moins ... ont soin de ne pas faire ... cancer de l'utérus est ... beaucoup de femmes do...



Vaccine. — Tableau des vaccinations prati- ...naissances, 7051; vaccinations, 1202; va- ... la variole, 233.

... L'ÉDUCATION DES SOURDS MUETS, QUI NE SONT ... POUVOIR ENTENDRE ET RÉPÉTER LA PAROLE. ...eran, médecin à Rouen. Rapport de M. Itard. ...t sans preuve, une assertion de Celse le juris- ...rd-muet entend un peu mieux la parole si on la ... sa tête, *si quis suprà cerebrum ejus loquatur*, a ...grand portevoix elliptique pour parler aux sourds ...trument, long de trois pieds, et dont on peut faire ... cornet acoustique, se compose d'une cavité ellip- ...me son corps, et d'un entonnoir parabolique, qui re- ...pavillon. L'ellipse à laquelle celui-ci se réunit par une ...mités, se termine par l'autre en un tube, qui au moyen ...es de rechange peut s'adapter à la bouche comme porte- ...conduit auditif comme cornet. Or, M. Itard assure, d'a- ...le sourd-muet entend encore moins la voix humaine lors- ...une le sinciput, que lorsqu'elle est dirigée dans le conduit ... ensuite qu'à la différence des sourds par accident, les ...ets ne tirent aucun aide des cornets acoustiques. Il ajoute, ...n ne peut trouver à l'instrument de M. d'Heran aucun ... comme portevoix, il en possède comme cornet acoustique, ... perception des sons vocaux émis à voix basse. La Commission ...démie a expérimenté, qu'elle entendait avec cet instrument, ...distance de 120 pieds, des paroles proférées à voix basse, et ...ne n'entendait pas avec un autre instrument de même longueur, ...qui etait conique simplement, au lieu d'avoir une forme ellipto- ...bolique. Au contraire celui-ci faisait mieux entendre les sons ... diapazon élevé. De sorte que se trouvent confirmées ces ...eux propositions : 1.° que les meilleurs cornets acoustiques sont ...eux, qui par leur forme et la matière qui les compose, don- ...nent le moins de retentissement aux sons ; 2.° que pour la trans- ...mission des sons faibles et bas, il faut dans les instrumens acoustiques ...des conditions opposées à celles qu'exige la transmission des sons ...élevés. M. Itard remarque encore, que l'avantage que semble devoir retirer l'instrument de la combinaison de la parabole et de l'ellipse, est beaucoup amoindri, en ce que c'est par leur extrémité et non par leurs foyers ...ent, d'un côté la parabole et l'ellipse; de l'autre l'... ...nduit buccal ou auditif. Enfin, cet instrumen... ... par ex., est gravé dans les institutions ma... ... Saury. M. Itard combat ensuite deux pr... ... passant M. d'Heran, savoir ; que si

dans l'épaisseur des tuniques propres de la vessie, M. Larrey cite plusieurs cas dans lesquels il a vu ainsi des calculs de toutes grosseurs et de toutes formes châtonnés dans divers points de la surface interne de la vessie; il trouve le fait de M. Taxil précieux, bien qu'on eût pu lui appliquer la taille latérale simple.

Gland considéré comme aliment. — M. Mérat fait un second rapport sur le racahonte du sieur Bourlet (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 290). La Commission a vérifié que le gland qu'emploie le sieur Bourlet est le gland de France; il est tiré de la forêt de Fontainebleau. Elle a assisté à toutes les opérations par lesquelles ce gland est converti en *farine* ou en *fécule*. Elle a goûté ces farines et fécules, et a reconnu qu'elles avaient perdu toute amertume. Elle a préparé avec elles des potages qui, à une petite odeur près particulière au gland, lui ont paru aussi bons que ceux de fécules de pommes de terre. Il lui a été prouvé que MM. Chevallier, Broussais, Alibert, Jadelot, les avaient employées avec succès. En conséquence, elle propose de répondre au ministre que les préparations de gland du sieur Bourlet sont, sous le rapport de la santé publique, exemptes de tout inconvénient. Adopté.

Ecclectisme. — M. Rochoux lit une note, intitulée : *Quelques réflexions sur l'ecclectisme.* Ce mot, qui veut dire *faire un choix*, a été inventé, parce qu'on croyait toutes les vérités éparses dans les auteurs, et qu'il ne s'agissait que d'aller les y puiser par un choix judicieux. Mais c'est dans la nature, et non dans les livres, qu'il faut aller chercher les faits, et par conséquent la vérité. L'ecclectisme considéré comme méthode d'études, dit M. Rochoux, n'existe pas. Et, en effet, l'ecclectisme ancien n'a jamais enfanté un seul bon ouvrage, et ce qu'on appelle l'ecclectisme moderne n'est que la méthode expérimentale. Cette méthode, ajoute M. Rochoux, est aussi ancienne que le monde; son esprit essentiellement progressif emploie ses dernières découvertes à en faire d'autres; appliquée pour la première fois à la medecine par Hippocrate, elle se compose de l'observation et de l'expérience, et, comme l'a dit Baglivi, comprend tous les moyens d'investigation connus et possibles. Elle ne peut être dite *ecclectisme*, car là où la vérité est connue il n'y a plus de choix à faire. Envain on a dit que le doute est le commencement de la science; le doute, dit M. Rochoux, n'est rien; la science ne commence que quand des faits bien avérés ont fait cesser le doute, et rendent tout ecclectisme impossible. C'est aux points douteux de la science, a-t-on dit encore, que s'applique l'ecclectisme; mais c'est, réplique M. Rochoux, procéder contre toutes les règles de la logique; car c'est partir de l'inconnu. Les ecclectiques modernes ne sont donc, conclut M. Rochoux, que des observateurs; et pourquoi veulent-ils répudier ce beau nom ?

Séance du 27 juillet. — VACCINE. — Tableau des vaccinations pratiquées en 1829, en Corse: naissances, 7051; vaccinations, 1202; varioles, 1000; et morts par la variole, 233.

LANGAGE DES SONS POUR L'ÉDUCATION DES SOURDS MUETS, QUI NE SONT PAS ASSEZ SOURDS POUR NE POUVOIR ENTENDRE ET RÉPÉTER LA PAROLE. — Mémoire de M. d'Heran, médecin à Rouen. Rapport de M. Itard. M. d'Heran, adoptant sans preuve, une assertion de Celse le jurisconsulte, que le sourd-muet entend un peu mieux la parole si on la dirige au-dessus de sa tête, *si quis suprà cerebrum ejus loquatur*, a fait construire un grand portevoix elliptique pour parler aux sourds et muets. Cet instrument, long de trois pieds, et dont on peut faire aussi à volonté un cornet acoustique, se compose d'une cavité elliptique qui forme son corps, et d'un entonnoir parabolique, qui représente son pavillon. L'ellipse à laquelle celui-ci se réunit par une de ses extrémités, se termine par l'autre en un tube, qui au moyen de deux pièces de rechange peut s'adapter à la bouche comme portevoix, et au conduit auditif comme cornet. Or, M. Itard assure, d'abord; que le sourd-muet entend encore moins la voix humaine lorsqu'elle frappe le sinciput, que lorsqu'elle est dirigée dans le conduit auditif; et ensuite qu'à la différence des sourds par accident, les sourds-muets ne tirent aucun aide des cornets acoustiques. Il ajoute, que si l'on ne peut trouver à l'instrument de M. d'Heran aucun avantage comme portevoix, il en possède comme cornet acoustique, pour la perception des sons vocaux émis à voix basse. La Commission de l'Académie a expérimenté, qu'elle entendait avec cet instrument, à une distance de 120 pieds, des paroles proférées à voix basse, et qu'elle n'entendait pas avec un autre instrument de même longueur, mais qui était conique simplement, au lieu d'avoir une forme ellipto-parabolique. Au contraire celui-ci faisait mieux entendre les sons d'un diapazon élevé. De sorte que se trouvent confirmées ces deux propositions : 1.° que les meilleurs cornets acoustiques sont ceux, qui par leur forme et la matière qui les compose, donnent le moins de retentissement aux sons; 2.° que pour la transmission des sons faibles et bas, il faut dans les instrumens acoustiques des conditions opposées à celles qu'exige la transmission des sons élevés. M. Itard remarque encore, que l'avantage que semble devoir retirer l'instrument de la combinaison de la parabole et de l'ellipse, est beaucoup amoindri, en ce que c'est par leur extrémité et non par leurs foyers que se réunissent, d'un côté la parabole et l'ellipse; de l'autre l'ellipse avec son conduit buccal ou auditif. Enfin, cet instrument était déjà connu, et par ex., est gravé dans les institutions mathématiques de l'abbé Saury. M. Itard combat ensuite deux propositions qu'a émises en passant M. d'Heran, savoir; que si

les animaux ne peuvent parler, c'est à cause de l'organisation imparfaite de leur larynx; et que l'homme doit sa supériorité intellectuelle à la perfection de ses sens. D'une part, c'est à son intelligence que l'homme doit d'avoir la parole; et, si les animaux ne parlent pas, c'est par défaut d'intelligence; ceux de ces animaux auxquels on a appris à dire quelques mots, les perroquets, par exemple, ne les disent que par imitation et n'attachent aucune idée à ces mots. D'autre part, beaucoup d'animaux ont les sens plus parfaits que ne les a l'homme, et celui-ci, sous ce rapport, ne l'emporte sur eux que par la savante application que lui en fait faire son intelligence. M. Itard, au contraire, approuve ce que dit M. d'Heran de l'infériorité morale du sourd-muet, et de l'insuffisance de l'auscultation de la parole par l'inspection des lèvres, comme moyen d'éducation. Par l'inspection des lèvres, le sourd-muet ne voit que les sons qui sont formés à ces parties, mais il ne saisit rien du mécanisme de ceux qui sont produits plus profondément, au voile du palais, à la base de la langue, etc. M. Itard répète que la langue des signes est la langue naturelle des sourds-muets, celle qu'il faut préférer pour eux à toute autre, parce que, comme la langue parlée, elle leur permet à-la-fois la conversation directe et la conversation indirecte. Il dit que la méthode que conseille M. d'Heran consiste à faire entendre et répéter aux sourds-muets un son unique, mais varié d'après la gamme enharmonique, et partagé ainsi en vingt-un sons distincts. Il ne croit pas que l'oreille et le larynx d'un sourd-muet puissent, l'une percevoir et l'autre exécuter une gamme de sons enharmoniques séparés par des distances si légères, qu'ils sont donnés comme identiques par tous les instrumens à clavier. Il ne conteste pas que les demi-sourds, devenus tels dans l'âge adulte, peuvent plus facilement entendre les sons solfiés, chantés, que les sons articulés; mais il croit que le sourd-muet de naissance suppléera mieux au contraire aux mots mal entendus d'une phrase orale, qu'aux notes et aux mesures d'une phrase musicale. Du reste, il assigne à la méthode de M. d'Heran l'avantage de perfectionner la parole des sourds-muets, de la rendre moins gutturale, et de lui donner les inflexions dont elle est dépourvue.

De l'ecclectisme en médecine. Rapport de M. Double, sur le mémoire qu'a lu sur ce sujet M. Guérin. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, pag. 136 et 285.) — La nécessité de systématiser les faits, dit M. Double, a fait créer les méthodes; et parmi celles-ci l'ecclectisme occupe le premier rang, comme étant toute de raison profonde et de franc arbitre, comme embrassant à-la-fois la recherche des faits, et l'examen et la critique de ces faits. Sa supériorité éclate surtout dans les temps où divers systèmes se partagent le monde mé-

dical; pour les temps anciens, après le vitalisme d'Hippocrate, le solidisme de Thessalus et de Themison, et l'humorisme de Galien; et pour les temps actuels, après le vitalisme de Bordeu et de Barthez, et le solidisme de Cullen et de Brown. Il fut donné à la médecine par la philosophie, deux sciences qui se sont toujours imposé respectueusement leurs doctrines, et se les imposent encore. Seul, il peut fonder la médecine comme science et comme art. — M. Rochoux reproduit son objection que l'ecclectisme n'est rien, s'il n'est l'application de la méthode expérimentale. — M. Adelon remarque que les ecclectiques et les expérimentateurs ou observateurs sont d'accord au fond, puisque les uns et les autres conviennent de la nécessité de ne systématiser qu'après une observation complète des faits; il demande en conséquence l'ordre du jour sur cette question. — Adopté.

Émétique a haute dose. — *Rapport de M. Villeneuve sur un mémoire de M. Roux, médecin à Brignole (Var).* — Le mémoire de M. Roux se compose : 1.° de quatre observations de pneumonies aiguës chez des hommes, traitées sans succès dans les premiers jours par les saignées générales et locales, les vésicatoires, les délayans, et dont les malades ont été arrachés à une mort qui paraissait imminente par l'émétique à la dose de douze à trente grains dans une potion pectorale prise par cuillerées de demi-heure en demi-heure. 2.° D'une observation de pneumonie chez une femme, pour laquelle le même médicament échoua, mais qui guérit par l'emploi de douze grains de cyanure de potassium dans une potion.

Appareil nouveau pour les fractures du col du fémur. — *Rapport de M. Gimelle sur le mémoire qu'a lu sur ce sujet M. le docteur Gresly.* (Voyez le tome XXII des *Archives*, page 568.). — La Commission de l'Académie approuve l'idée de faire la contre-extension dans ces fractures, au moyen de liens fixés au bois de lit : elle reconnaît que la ceinture qui sert à cet usage dans l'appareil de M. Gresly, ne comprime pas les viscères thoraciques et abdominaux. Elle a suivi les effets de cet appareil sur deux malades, et dans un des cas la fracture a été consolidée en soixante jours sans raccourcissement du membre. Elle estime que l'appareil de M. Gresly est supérieur à tous les appareils à extension permanente connus, et convient pour les cas où le blessé peut rester à poste fixe : mais elle lui préfère les autres appareils, et surtout celui de M. Larrey, quand le blessé a besoin d'être transporté.

Drusium, résine de chêne. — M. Lemaire de Lizancourt lit une note sur une substance nouvelle qu'il a trouvée sur l'écorce du chêne, celle des *quercus robur et pedunculata* principalement, et qu'il appelle *drusium*, ou *résine de chêne*. Elle y existe sous la forme de

lignes vermiculées de la grosseur d'un fil, ou en mamelons de la grosseur d'un grain de millet. Elle est d'un rouge jaune vif, transparente si elle est récente; avec le temps elle perd cette couleur et cette transparence, et par l'humidité de l'air devient brune et opaque. L'humidité atmosphérique la ramollit, la gonfle, la change en moisissures fines de couleur blanche, ce qui prouve qu'elle contient du mucus végétal et de la gomme. M. Lemaire y a trouvé aussi une matière résineuse, une substance alcaline, et la considère comme une matière gommo-résineuse contenant un alcali facile à hydrater, et ayant conséquemment quelque analogie avec l'*ulmine*. Elle résulterait d'une réunion naturelle des sucs propres du chêne, se trouve surtout sur les chênes de dix à vingt ans, n'a pas d'odeur sensible, et ne paraît pas contenir la matière balsamique, benzoinaire qui s'évapore quand on brûle du chêne. M. Lemaire pense que cette substance semi-tonique pourrait devenir un agent thérapeutique utile.

Séance du 3 août. — BLESSÉS AUX JOURNÉES DES 27, 28 ET 29 JUILLET. — Les divers membres de l'Académie qui appartiennent aux hôpitaux civils et militaires de Paris donnent des détails sur les blessés que les événemens politiques des 27, 28 et 29 juillet dernier ont amenés dans les hôpitaux. M. Breschet, médecin ordinaire de l'Hôtel-Dieu, déclare que 500 blessés à-peu-près ont été admis dans cet hôpital; presque tous appartenaient à la population parisienne; 20 à 25 seulement étaient militaires. Le moral des premiers était exalté, celui des seconds, au contraire, abattu: l'exaltation des parisiens ne tenait pas à l'action des liqueurs spiritueuses, car les blessés étaient généralement à jeun depuis trente heures, et réclamaient plutôt des alimens que les secours de la chirurgie. Les blessures étaient presque toutes des plaies d'armes à feu graves, soit au thorax et à l'abdomen, soit aux articulations. Sur ce nombre de 500 blessés, 100 à 120 déjà ont péri; les autres vont bien. Tous les employés de l'Hôtel-Dieu, médecins, chirurgiens, administrateurs, sœurs hospitalières, infirmiers, etc., ont admirablement rempli leur service. M. Husson, médecin du même hôpital, croit que le nombre des morts n'a pas été aussi grand; il aurait été de 38 le premier jour, de 15 à 18 le second, et de 10 à 12 le troisième. Toutes les blessures étaient reçues par devant. M. Renauldin, médecin de l'hôpital Beaujon, dit qué c'est à tort qu'un journal a porté à 600 le nombre des blessés reçus à cet hôpital : ce nombre n'a été que de 80; 15 à 18 sont morts; dix à douze amputations ont été faites, et tous les blessés sont en voie de guérison. M. Rullier, médecin de la Charité, déclare que cet hôpital a reçu 100 blessés, 75 appartenant à la population parisienne, et 25 aux régimens suisses. Sur ce nombre, 40 à-peu-près ont

péri. Les blessures étaient aux cavités splanchniques, ou des fractures comminutives des membres. Les plus grands éloges aussi sont dus à tous les employés du service. MM. Lodibert et Larrey rapportent que 200 blessés militaires ont été reçus à l'hôpital du Gros-Caillou; beaucoup d'opérations ont été faites, et toutes ont réussi; on n'a pas eu un seul mort. Tous les employés ont de même rempli leurs devoirs avec zèle. M. Larrey, par sa présence et son influence, a fait respecter l'établissement; il a de plus parcouru Paris pendant l'action, et d'après l'habitude qu'il a, il pense que la perte des deux partis doit s'élever, tant en tués qu'en blessés, à 5 ou 6000. M. Gallet, membre du service de santé, dit que, d'après un recensement fait hier dans tous les hôpitaux civils et militaires de Paris, le nombre des blessés s'élèverait de 16 à 1700. M. Villermé a visité la plupart des ambulances qui avaient été établies provisoirement dans divers quartiers de Paris; les blessures étaient généralement graves; beaucoup de blessés mouraient avant d'y être transportés, ou aussitôt après y être arrivés; il croit qu'on n'y a pas fait assez d'amputations. Il ajoute que les blessés des hôpitaux appartiennent presque tous à la classe ouvrière, à juger par les logemens qui leur sont assignés sur le tableau déposé à la porte de chaque hôpital. M. François dit qu'une de ces ambulances a été servie pendant quatre jours par M. le docteur Gendrin.

Variole et vaccine. — M. Collineau rend compte d'un mémoire de M. le docteur Commoy, sur une épidémie de variole qui a régné en 1828 aux Rousses, département du Jura. Manifestement la maladie fut importée, et arrêtée par les vaccinations que pratiqua M. Commoy.

Galvanisme contre la rage. — M. Pravaz, inventeur d'un instrument propre à prévenir l'absorption des virus dans les plaies empoisonnées, et qui a imaginé de substituer le galvanisme à la cautérisation dans le traitement de ces plaies (*Voyez* le tome XVIII des *Archives*, pag. 309 et 589), lit une note qui contient trois nouvelles expériences sur ce sujet. 1.° Une chienne est mordue au thorax par un chien enragé; la plaie a une surface de deux pouces carrés; cinquante-quatre heures après, et lorsqu'elle est déjà sèche, elle est soumise pendant une demi-heure à l'action d'une pile de quarante élémens de petite dimension. D'abord signes d'une vive douleur qui s'affaiblit bientôt; quelques gouttes de sang jaillissent; une escarrhe d'une ligne d'épaisseur se forme; celle-ci tombe le 11.e jour. Le 16, la plaie est guérie, et l'animal est préservé. 2.° On inocule aux deux cuisses d'un chien de la salive du même animal enragé; cinquante-quatre heures après, les plaies sont cautérisées avec la pile, formation d'escarrhes qui tombent au 8.e jour, cicatrisation des plaies au

12.°, et l'animal est préservé. 3.° Un chien inoculé de la même manière que le précédent et avec la même salive, est abandonné à lui-même, et au bout de dix jours meurt de la rage. M. Pravaz conclut de ces expériences : 1.° que puisqu'il a agi avec succès au bout de cinquante-quatre heures, on a tout le temps dans la pratique de se procurer une pile galvanique; 2.° que les courans électriques agissant à distance, il est toujours utile de soumettre les plaies sinueuses et profondes à l'action de la pile, même après qu'elles ont été cautérisées; 3.° que le galvanisme a encore l'avantage d'aller détruire au loin par une action chimique les virus, et de s'opposer à toute absorption en déterminant une constriction dans les vaisseaux capillaires.

VACCINE. — M. Bousquet lit un mémoire sur cette question : *A quelle époque de son développement la vaccine est-elle préservative ?* Il rappelle d'abord des expériences faites par d'anciens membres du comité de vaccine, Mongenot, Jadelot, Marin, etc., desquelles il résulte que si on inocule sur un même sujet à 1, 2, 3 et 4 jours de distance, d'abord la vaccine, puis la variole, ces deux maladies se développent et suivent leur marche; tandis que si la variole est inoculée après cinq jours d'une vaccination qui a réussi, jamais cette maladie ne se développe. M. Bousquet conclut déjà de ces expériences, que la vaccine, qui dès le cinquième jour empêche le développement de la variole, est préservative de ce moment; différant dans cette conclusion de l'ancien comité, qui n'avait fixé qu'au 9.° et 10.° jour le moment où la vaccine entre en jouissance de toutes ses propriétés. M. Bousquet ne méconnaît pas que des différences se montrent ici entre la variole inoculée et la variole spontanée; on a en effet des exemples de varioles survenues spontanément après 6, 8, 10, même 17 jours, d'une vaccination qui avait réussi. Mais ces faits, dit M. Bousquet, pêchent, en ce qu'on a oublié de signaler l'époque précise où a commencé l'éruption vaccinale, et en ce qu'on n'a pas dit si l'on supputait les jours à partir de la vaccination ou à partir de l'apparition des boutons. Dire que la variole spontanée est plus intense que la variole inoculée, et exige de la part de la vaccine une résistance plus grande, c'est émettre une assertion non prouvée; il est vrai que la première a une incubation plus lente, mais c'est une raison de plus pour que la vaccine en triomphe. Il est bien plus probable que dans les cas où la variole a paru dix à douze jours après la vaccination, c'est que par une cause quelconque son germe était resté caché, assoupi, et a pris plus tard son développement. M. Bousquet rappelle ensuite d'autres expériences de l'ancien comité de vaccine, desquelles il résulte qu'on n'a jamais vu réussir de secondes vaccinations après le 6.° jour d'une première vaccination régulière; il expose

que dans de semblables expériences qu'il a faites, il n'en a jamais obtenu après le 5.e jour; et il déduit de ces expériences la même conclusion que des premières, c'est-à-dire, que la vaccine est préservative dès le 5.e jour de son développement. La différence d'un jour qui se remarque entre les expériences du comité et les siennes, tient à ce que le comité a expérimenté en hiver et lui au printemps. La constitution atmosphérique en faisant varier les dispositions à l'absorption, influe en effet sur le succès des vaccinations; le chaud et le sec, le froid et le sec, dit M. Larrey, sont également peu favorables aux vaccinations : il y a des momens de l'année où la plupart ne réussissent pas; et il est si vrai que la chaleur leur est contraire, que rien de plus difficile que d'entretenir la vaccine aux colonies et dans le Sénégal. M. Petit cite un cas où la vaccine, non-seulement a prévenu le développement de la variole, mais même a arrêté cette maladie déjà commencée et à la période d'incubation. M. Emery dit que la correspondance de la commission de vaccine a fourni plusieurs cas semblables, qui cependant sont rares.

Séance du 10 *août.* — LINGE FENETRÉ POUR LES BLESSURES. — M. Gaudriot, médecin à Paris, présente une pince qui se vend chez tous les quincailliers, dont l'emporte-pièce a un diamètre d'une ligne et demie, avec laquelle on perce facilement huit linges d'un seul coup; on fait neuf trous dans un pouce carré, et vingt-quatre pieds de linge troué en une heure.

EXHUMATIONS JURIDIQUES. — M. Orfila commence la lecture d'un extrait d'un travail sur les *exhumations juridiques*. Ce professeur réfute d'abord l'opinion qu'ont émise quelques médecins-légistes, qu'on peut se refuser à une exhumation tardive demandée par un magistrat, sous le double prétexte que cette exhumation peut être dangereuse aux assistans, et ne peut plus éclairer la justice. D'une part, on peut sans dangers, à l'aide de quelques précautions, faire toutes les exhumations possibles; et d'autre part, une exhumation, même tardive, permettra de reconnaître l'âge, le sexe, la stature, des fractures, souvent des lésions des parties molles, un empoisonnement par les substances minérales et par plusieurs matières végétales, etc. Dans une première partie de son mémoire, M. Orfila traite de la législation relative aux exhumations juridiques, des dangers auxquelles elles exposent, et des moyens d'éviter ces dangers. Selon lui, ceux-ci ont été beaucoup exagérés, et sont facilement conjurés par le chlorure de chaux ou de soude en dissolution; seulement il faut l'employer de manière à ce qu'il ne touche pas le cadavre à examiner. Dans une seconde partie, il expose les changemens qu'éprouvent les cadavres dans des milieux divers, terre, eau, fosses d'aisance, fumier, etc., que les cadavres soient nus, ou placés dans des linceuils

et des bières plus ou moins épaisses : il compare la marche de la putréfaction dans ces divers cas, et apprend à distinguer les effets de cette putréfaction d'avec les lésions pathologiques qui pouvaient exister dans les organes au moment de la mort. Il énumère les changemens physiques qu'éprouvent par la putréfaction dans des fosses particulières l'épiderme, les ongles, les cheveux, les poils, la peau, et le tissu cellulaire sous-cutané.

SEIGLE ERGOTÉ DANS L'ACCOUCHEMENT. — M. Capuron commence la lecture d'un mémoire sur l'emploi du seigle ergoté dans l'accouchement. Ce médecin conteste que cette substance ait, comme on l'a prétendu, la double vertu d'accélérer l'accouchement, et d'arrêter les pertes ou hémorrhagies utérines. D'abord de la seule diversité des opinions émises sur le seigle ergoté considéré comme agent obsétrical, M. Capuron conclut qu'il est un *moyen incertain*; il ajoute qu'il est un *moyen indéterminé*, et se fonde sur ce qu'aucun des cas, dans lesquels on dit l'avoir utilement employé, n'est bien spécifié. On s'est borné en effet, à vanter son emploi dans les cas d'*inertie de la matrice*. Or, combien de causes diverses, et qui ne peuvent être détruites par un spécifique, peuvent mettre l'utérus hors d'état de se contracter; par exemple, un état apoplectiqueou pléthorique de la femme, son épuisement par des saignées intempestives et excessives, l'ivresse, une forte affection morale, une inflammation de l'utérus, une maladie coïncidente, etc. Enfin, M. Capuron établit que quand le seul obstacle à l'accouchement est le défaut ou l'insuffisance des contractions utérines, ce qu'exigent ceux qui préconisent le seigle ergoté, l'emploi de ce moyen est *inutile* et *superflu* : selon lui, on réussira mieux à terminer l'accouchement, en combattant la cause qui détermine l'inertie de la matrice par les moyens appropriés à cette cause, et qui varieront comme elle; saignées, si la femme est pléthorique; restaurans et toniques si elle est épuisée, etc.; il pense que s'il y a urgence de terminer l'accouchement, il vaut mieux recourir au forceps.

ÉLECTION PROCHAINE D'UN TITULAIRE DANS LA CLASSE OU SECTION DE MÉDECINE PUBLIQUE. — (Hygiène publique, médecine légale, police médicale). Dans un comité secret, l'Académie, sur le rapport d'une commission, a décidé que la nomination d'un membre titulaire qu'elle était appelée à faire par suite de la mort de M. Vauquelin, section de physique et de chimie, de celle de M. Deguise père, section de chirurgie, et par suite de la démission de M. Desgenettes, section de médecine publique, serait appliquée à cette dernière section qui lui présentera prochainement à cet effet six candidats.

Séance du 17 août. — M. le Président annonce que le conseil d'administration de l'Académie a eu l'honneur d'être présenté aujour-

d'hui au Roi des Français et à la Reine. Il communique les discours qu'il a faits au nom de la compagnie, et les réponses de leurs Majestés. Les uns et les autres seront insérés textuellement au procès-verbal.

DOCTRINE MÉDICALE. — M. Bouillaud lit un rapport sur un mémoire du docteur Verguie, intitulé : *Vues utiles aux progrès de l'art et aux intérêts de l'humanité*. M. Verguie, dans son mémoire présente comme une opinion trop universellement adoptée et qu'il combat, l'idée que l'inflammation est le principe unique des maladies. Il ajoute qu'en toute maladie, l'altération primitive est ce qui en fait l'essence, et ce qui doit déterminer le moyen curatif. Il convient que souvent cette altération est inconnue, soit dans son siège, soit dans sa nature, et qu'alors l'art est réduit à de l'empyrisme.

SEIGLE ERGOTÉ DANS L'ACCOUCHEMENT. — M. Capuron achève la lecture du mémoire qu'il a commencé dans la séance précédente. Il établit que le seigle ergoté, qu'il a présenté déjà comme un moyen *incertain*, *indéterminé* et *inutile*, pour hâter l'accouchement, est encore un moyen *dangereux* : il se fonde sur ce que cette substance est irritante par le phosphore et l'ammoniaque qu'elle contient, et doit conséquemment nuire dans un moment où l'utérus a perturbé sympathiquement tous les organes, et surtout l'appareil digestif. M. Capuron conteste aussi que le seigle ergoté ait la vertu d'arrêter les hémorrhagies utérines : il en blâme l'emploi dans les ménorrhagies et métrorrhagies actives, cas dans lesquels il y a généralement irritation locale de l'utérus ou générale de l'économie ; il en rejette l'usage au même titre dans les hémorrhagies utérines, qui surviennent pendant la grossesse. Selon lui, cette substance ne ferait qu'augmenter le mal dans les hémorrhagies qui surviennent pendant l'accouchement à terme, puisque l'écoulement du sang tient alors aux contractions utérines elles-mêmes. Tout au plus peut-il convenir dans les hémorrhagies qui surviennent après l'expulsion de l'enfant et avant la délivrance, et qui tiennent à l'inertie de l'utérus ; et encore, comme le danger est imminent, il vaut mieux recourir à des moyens plus prompts et plus sûrs. Enfin, il ne convient pas davantage dans les hémorrhagies qui suivent la délivrance.

Une discussion s'engage après cette lecture. M. Lodibert remarque que si le seigle ergoté est irritant, il ne faut pas faire dépendre cette qualité du phosphore et de l'ammoniaque qu'il contient, attendu que ces substances n'y existent pas à l'état libre. M. Virey rappelle que M. Tessier a observé en Sologne, où le seigle ergoté est très-commun, que les poules sont généralement stériles et pondent très-peu, ce qui confirme l'idée d'une action spéciale de cette substance sur l'appareil génital.

CATHÉTÉRISME. — M. Ricord, médecin à Paris, présente un nouvel

nstrument de son invention qu'il appelle *conducteur dilatant*, et qu'il dit propre à faciliter le cathétérisme dans les cas difficiles, et quand le cathétérisme forcé semble être la dernière ressource. Cet instrument se compose : 1.° d'une canule d'acier droite, cylindrique, longue de 9 à 10 pouces, ayant un diamètre de 3 lignes et demie, fendue à son extrémité vésicale, et présentant à cette extrémité quatre branches susceptibles de se laisser écarter et de revenir sur elles-mêmes quand la puissance qui les écarte cesse d'agir; 2.° d'une seconde canule renfermée dans la première, terminée à son extrémité vésicale par un bouton à vis, qui sortant de la première canule, forme le bout de l'instrument; 3.° enfin d'une sonde, ou métallique, ou de gomme élastique, ou d'une bougie, qu'on introduit dans cette seconde canule, et qui sert à franchir le retrécissement. Soit en effet l'instrument entier introduit dans l'urètre jusqu'à l'obstacle, on écarte les branches qui terminent l'extrémité vésicale de la canule extérieure; et on enfonce en même temps, soit la sonde, soit la bougie qui sort dans la seconde canule; deux vis placées au pavillon de l'instrument servent à fixer l'une, la première canule à la seconde, et l'autre, la sonde ou la bougie intérieure à la seconde canule. M. Ricord convient de n'avoir fait encore aucune application de cet instrument à l'homme vivant.

Séance du 24 août. — Sur le rapport de M. Oudet, l'Académie donne son approbation à une *bassinoire chaufferette*, inventée par M. Fayard, pharmacien à Paris. Cette bassinoire est chauffée à l'aide de l'eau bouillante, peut servir à plusieurs usages domestiques, et, par sa forme et son peu de volume et de poids, peut être facilement portée en voyage.

Médecine homéopathique. — *Mémoire de M. de Horatiis, médecin du roi de Naples; rapport de M. Andral fils.* — Selon la doctrine des homéopathistes, toute maladie consiste dans une affection de la vitalité, et les lésions matérielles des organes ne sont que des effets. C'est donc à modifier les affections de la vitalité que doit tendre la thérapeutique, après toutefois avoir écarté les causes extérieures de la maladie, et détruit les lésions d'organes, lesquelles, quoique effets, entretiennent le mal. Tout médicament ne guérit qu'en déterminant dans la vitalité de l'organisme une modification de même nature que celle qui constitue la maladie. Donné en santé, il produirait une affection semblable à celle qu'il guérit quand on le donne en maladie; et ce fait est ce que les homéopathistes appellent *la loi des semblables*, ou l'étoile polaire de l'indication dans le traitement des maladies. Mais, comme dans l'état maladif la susceptibilité des organes est bien plus considérable, c'est à des doses infiniment petites qu'il faut alors employer les médicamens; la modicité

des doses est même une condition pour que la guérison ait lieu. M. le rapporteur ne croit pas que les faits invoqués en faveur de la méthode d'Hahneman en prouvent l'efficacité, parce que l'heureuse issue de ces faits peut, à aussi juste titre, être attribuée aux autres médicamens et à la diététique employés simultanément, à la seule influence de l'imagination consolée, fixée, et à celle de la nature médicatrice. MM. Marc et Delens rappellent que des expériences ont été faites en beaucoup de lieux, à Paris par Laennec, à Berlin, à Naples même, pour constater les effets de la méthode homéopathique, et que ces expériences en ont démontré l'insuffisance. On a même reconnu à Berlin que, frauduleusement, on augmentait en secret la dose des médicamens donnés.

Excision du rectum carcinomateux. — M. Lisfranc lit un mémoire sur l'excision de la partie inférieure du rectum devenue carcinomateuse. Long-temps, dit-il, l'art fut sans secours contre les cancers de la partie inférieure du rectum. Mais ayant vérifié : 1.° que le péritoine s'arrête à six pouces de la fin de cet intestin chez la femme, et à quatre chez l'homme ; 2.° qu'on peut, sans grands inconvéniens, ouvrir les nombreux vaisseaux que la fin du rectum présente ; 3.° que, à l'aide d'une incision ovalaire pratiquée sur la peau qui entoure l'anus, on peut aisément faire saillir le rectum en dehors, et appliquer sur lui tous instrumens quelconques ; 4.° que, enfin, il existe un second sphincter au-dessus du premier, M. Lisfranc conçut la possibilité d'une opération salutaire dans ces cas. Il se rassura sur le danger des inflammations consécutives, par la rareté de ces inflammations dans les opérations analogues, taille sous-pubienne, fistule à l'anus, etc. Il commença par exciser les cancers superficiels qui n'intéressaient que la membrane muqueuse du rectum. Il attaqua ensuite ceux qui envahissaient une partie des sphincters. Enfin, il est arrivé à enlever jusqu'à trois pouces et demi d'étendue du rectum. Il conseille d'opérer toutes les fois que, avec le doigt indicateur, on peut dépasser les limites supérieures du mal, et quand le tissu cellulaire extérieur au rectum est sain. Il rappelle comme données propres à guider dans l'opération : 1.° que le diamètre antéro-postérieur du périnée est généralement d'un pouce ; 2.° que la distance de l'anus au coccyx est de dix-huit lignes, et l'intervalle entre l'anus et la base de cet os de deux pouces ; 3.° qu'on peut emporter latéralement et postérieurement des portions assez étendues du rectum sans blesser, soit le vagin chez la femme, soit l'urètre chez l'homme ; 4.° enfin, qu'il est toujours possible de prévenir, par une compression ou des ligatures, toute hémorrhagie. Quant au procédé opératoire, le malade est placé comme pour la taille latéralisée ; deux incisions semi-lunaires sont faites autour de l'anus ; le rectum

est isolé dans son extrémité inférieure; à l'aide du doigt indicateur introduit dans sa cavité, on le fait saillir en en bas, et on en fait la résection avec des ciseaux. On panse à plat les premiers jours pour prévenir les inflammations; plus tard, une grosse mèche de charpie est introduite dans l'intestin. Après la guérison, tantôt la défécation se fait comme à l'ordinaire; tantôt il se fait intérieurement un bourrelet qui tient lieu de sphincter; dans quelques cas, il y a incontinence, mais des féces liquides seulement; quelquefois aussi le malade est obligé de boucher l'intestin avec un bourdonnet de charpie. M. Lisfranc termine son mémoire par le récit abrégé de six opérations de ce genre qu'il a faites avec succès, et de trois autres dans lesquelles la mort est survenue le troisième, le quatrième et le vingt-cinquième jour de l'opération.

Remèdes secrets. — Sur le rapport de M. Guibourt, l'Académie repousse les huit remèdes secrets suivans: 1.° un remède du sieur Chauvin, de Paris, contre la gangrène; 2.° une eau du sieur Bouyer, de Vendôme, contre les ulcères, brûlures et coupures; 3.° un préservatif du mal de dent, par le sieur Goncet, de Dieu-la-Fit (Drôme); 4.° une poudre dentrifice balsamique du sieur Naquet, de Paris, nuisible même en ce qu'un astringent qui y est contenu attaque l'émail des dents; 5.° un spécifique du sieur Brender, de Paris, contre l'épilepsie et les affections spasmodiques; 6.° un baume du sieur Dardelie, de Montpellier, pour les plaies ulcérées et gangrénées; 7.° un élixir cordial du sieur Davignon, de Grenoble, contre la fièvre, les crises de nerfs, les coliques, etc.; 8.° enfin, un élixir immortel de la dame Drevon contre toutes les maladies contagieuses, et surtout les attaques d'apoplexie et les syncopes.

Fractures avec plaies. — M. Lassis lit une note sur un nouveau bandage pour les fractures des membres avec plaies contuses. En même temps qu'il maintient en place et immobiles les fragmens osseux, ce bandage est disposé de manière à laisser toujours les plaies accessibles, et à empêcher la matière purulente d'y séjourner ainsi que sur les pièces de l'appareil.

Torsion des artères, et réunion immédiate dans les amputations des membres. — M. Amussat présente trois enfans sur lesquels il a pratiqué l'amputation de la cuisse droite pour des tumeurs blanches du genou, et chez lesquels il a employé la torsion des artères pour prévenir toute hémorrhagie, et tenté la réunion immédiate, à laquelle alors aucune ligature ne mettait obstacle. 1.° Dans l'un des cas, un peu de délire survenu le lendemain de l'opération, probablement à cause de la compression qu'une bandelette circulaire exerçait sur le moignon, nécessita la levée de l'appareil; la cicatrisation ne fut complète que le seizième jour, mais dès le qua-

trième elle était faite dans les trois quarts de la plaie, et il n'y eut aucun écoulement de sang. 2.° Dans le second cas, la cicatrisation était complète le quatrième jour; mais survint alors un abcès provoqué par l'habitude de la masturbation qu'avait le malade; de sorte que ce fait ne prouve encore que l'efficacité de la torsion des artères pour prévenir l'hémorrhagie. 2.° Le troisième cas, au contraire, justifie en outre la pratique de la réunion immédiate dans les amputations, car la cicatrisation était complète au cinquième jour, même à l'endroit qui correspondait à l'os. M. Amussat rapproche de ces faits, qui lui sont propres, d'autres faits qu'il emprunte à la pratique d'autres chirurgiens. Deux essais ont été faits à l'hôpital Saint-Antoine; mais s'ils n'ont pas réussi, c'est moins par vice du procédé que par la faute de l'opérateur. Un de ses élèves y a eu recours dans une amputation du bras; mais comme il n'avait pas tordu toutes les artères et avait appliqué une ligature, il n'eut de cicatrisation complète qu'au bout de douze jours. Ce mode d'opérer a été exécuté, à Berlin par M. Dieffenbach, chirurgien de la Charité; à Hambourg, par M. Fricke, chirurgien de l'hôpital général; à Liége, par M. Ansiaux; et le succès a été complet ou incomplet, selon qu'on avait eu recours à la torsion seule, ou à la torsion et à des ligatures. M. Amussat termine par le récit d'une amputation du bras dans l'article qu'il a faite hier pour un coup de feu qui avait fracturé l'humérus en éclat; le nombre des esquilles était considérable, de trente au moins; les artères ont été tordues, et on a pansé comme pour une réunion immédiate.

Calcul vésical. — M. Gibbings, médecin étranger, fait envoi d'un calcul vésical qu'il a extrait de la vessie d'une femme. Celle-ci a guéri. Le calcul est traversé par une mèche de cheveux longue de cinq pouces et demi. M. Gibbings ne croit pas que le malade ait introduit ces cheveux dans la vessie, et il ne sait comment en expliquer la formation.

Académie royale des Sciences.

Séance du 12 juillet. — Vaisseaux lymphatiques. — L'Académie reçoit, parmi les ouvrages qu'on lui adresse, la traduction du mémoire de M. Lippi, sur *la communication des vaisseaux lymphatiques avec les veines*; et, le traducteur citant ce travail comme ayant été couronné par l'Académie des Sciences, M. Cuvier fait observer que cet ouvrage n'a point été couronné par l'Académie; loin de là, la commission chargée de juger les travaux envoyés au concours a signalé dans celui de M. Lippi plusieurs erreurs grossières, telles que celle

entr'autres où il décrit de gros vaisseaux lymphatiques s'ouvrant directement dans les veines; ce qui a été jugé digne du prix, c'est l'expérience par laquelle ce physiologiste a fait pénétrer du mercure des glandes conglobées dans le système veineux.

Théorie de la voix. — M. Malgaigne réclame la priorité relativement à la théorie de la voix de fausset; un mémoire dans lequel il avait présenté à-peu-près les mêmes idées que M. Bennati, avait été couronné par la Société médicale d'Émulation, il y a plus d'un an, et cette Société en conserve un double dans ses archives. M. Malgaigne adresse en même temps un paquet cacheté, relatif à de nouvelles expériences de physiologie dont il s'occupe actuellement; le dépôt est ordonné au sécrétariat.

Election. — L'ordre du jour amenant l'élection du candidat que l'Académie doit présenter pour la place de professeur-adjoint à l'Ecole de pharmacie de Paris, on va au scrutin. Les candidats sont au nombre de trois, MM. Soubeiran et Caventou, *ex æquo*, et M. Lecanu. M. Soubeiran, ayant obtenu la majorité, sera présenté.

Restauration de la face. — M. Dupuytren présente un jeune enfant de dix à douze ans, sur lequel il a pratiqué une opération difficile dans le but de restaurer une partie du visage. Cet enfant avait perdu, par suite d'une inflammation gangréneuse, la totalité de la joue droite, la commissure des lèvres, la lèvre inférieure, une partie de la peau du menton jusqu'au pli du cou et la portion de l'os maxillaire inférieur de ce côté. Ces pertes de substance donnaient lieu à un écoulement involontaire de la salive et des alimens, le petit malade était dans l'impossibilité d'articuler aucun son distinct, et sa langue pendait sur la partie moyenne du col, sans jamais pouvoir être ramenée dans la bouche; en un mot, il était devenu un objet d'horreur pour tous ceux qui l'entouraient, et il semblait arriver au plus haut degré de l'épuisement. Deux moyens pouvaient être employés pour remédier à cette difformité : on pouvait, après avoir largement détaché la cicatrice, enlever le tissu fibreux qui la constitue, faire la résection de ses bords, les rapprocher et les réunir ensuite à l'aide de sutures. Ce premier projet fut abandonné, à cause des inconvéniens qu'il offrait, comme d'augmenter encore la perte de substance, et de donner lieu, en admettant même un succès complet, à des tiraillemens douloureux. Le second moyen, auquel M. Dupuytren a donné la préférence, consiste dans un emprunt fait à la peau du col pour réparer la perte de substance et corriger la difformité de la face. Un large lambeau (3 pouces de long sur 2 de large), fut donc détaché de la région cervicale antérieure, avec le muscle peaucier, sans être coupé toutefois par son pédicule, dans la crainte que la gangrène ne vînt entraver la cicatrisation. Ce lambeau fut

appliqué sur la face de manière à rejoindre les restes de peau qui y étaient encore attachés, et dont les bords avaient été ravivés ; des sutures convenables furent pratiquées pour opérer la réunion, et, malgré un petit incident qui vint interrompre le cours de la cure, quoique le malade fût pris d'une fièvre d'hôpital assez dangereuse, cependant la réussite fut complète, car la plaie était cicatrisée le cinquième jour, et toutes les traces de ces opérations se réduisent aujourd'hui à des cicatrices linéaires et peu désagréables à l'œil. Toutes les infirmités auxquelles le petit malade était sujet, ont presque entièrement disparu ; la langue et la salive restent dans la bouche ; la parole, quoique faible et embarrassée, est encore intelligible, et la difformité est peu choquante, bien que la longueur de la face ait été diminuée par la perte du côté droit de l'os maxillaire inférieur. Il faut remarquer seulement que les dimensions de l'orifice buccal sont excessivement rétrécies ; en effet, on ne pourrait pas y introduire une petite cuiller à café, de façon que la mastication ne pouvant s'exécuter, l'enfant est contraint de se nourrir d'alimens liquides exclusivement.

Mécanisme de la prononciation. — M. le docteur Gerdy lit un mémoire sur *le mécanisme de la prononciation*. La prononciation est la modification que le pharynx, la bouche et les fosses nasales impriment simultanément à la voix produite par le larynx, pendant le phénomène de l'expiration, les deux premiers de ces organes par leurs mouvemens, et le troisième par ceux du voile du palais. Il y a une autre prononciation très-singulière, qui s'exécute pendant l'inspiration de l'air que le larynx doit mettre en vibration ; en sorte que si, habituellement, la parole est produite par le pharynx ou la bouche qui *pétrissent*, si l'on peut parler ainsi, les sons à leur passage, il est cependant, jusqu'à un certain point, possible aussi de prononcer les sons, pour ainsi dire, avant qu'ils soient nés. M. Gerdy donne ensuite le détail de ses diverses recherches ou études sur chaque voyelle en particulier, sur l'articulation et la conjugaison des sons. Il démontre ensuite que l'histoire de la prononciation fournit des données importantes et des bases solides à la grammaire, parce qu'elle démontre : 1.° que faute de connaissances précises sur le nombre des voyelles et des consonnes simples que la parole humaine peut prononcer, il a été impossible jusqu'à ce jour de composer un alphabet complet où chaque son fût représenté par un signe particulier ; 2.° que l'ortographe est nécessairement vicieuse dans toutes les langues ; 3.° qu'on ne peut tenter aucune réforme à cet égard sans avoir déterminé préalablement quels sont les différens sons simples de la prononciation, et sans avoir composé un alphabet qui puisse les représenter tous.

Séance du 19 juillet. — THÉORIE DE LA VOIX. — M. Bennati prie l'Académie de suspendre son jugement pour décider la question de priorité entre lui et M. Malgaigne; il est, dit-il, en état de prouver, par des documens authentiques, que les bases de son travail sur la disposition des organes vocaux dans le chant, étaient nettement posées dès l'année 1823. Il ne prétend point d'ailleurs que M. Malgaigne ait eu connaissance de son travail; ce médecin lui paraît avoir également le mérite de l'invention, mais il n'a pas la priorité.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE. — M. le docteur Ségalas adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il discute les avantages de la cautérisation pour détruire les brides et les rétrécissemens de l'urètre : il désire prouver que ce mode d'opérer est préférable à la dilatation, et il demande que des commissaires soient nommés pour constater l'état actuel d'un malade sorti récemment d'un des grands hôpitaux de la capitale, où il a été traité d'un rétrécissement de l'urètre, affection qui n'a pas tardé à récidiver. MM. Dupuytren et Larrey sont nommés commissaires.

SALICINE. — M. Arago communique l'extrait d'une lettre adressée par M. Dureau de la Malle à M. Brongniard, et datée de Rome le 24 juin dernier. Il y est dit que, à Sienne, les médecins des hôpitaux, qui sont pour la plupart de jeunes médecins français, employent avec le plus grand succès l'écorce de deux espèces de saules contre les fièvres intermittentes. Ils ont reconnu, disent-ils, depuis plus de trois ans, à cette écorce, une vertu fébrifuge supérieure à celle du quinquina. Cette observation vient à l'appui de tout ce qui a été dit dernièrement sur les propriétés anti-fébriles de la salicine.

PRIX MONTHYON. — L'Académie, sur le rapport motivé d'une Commission; arrête qu'il n'y a pas lieu de décerner cette année ni prix ni encouragemens sur les prix fondés par M. de Monthyon pour le perfectionnement de l'art de guérir, quoique, dans quelques ouvrages ou moyens thérapeutiques proposés, elle ait reconnu des vues utiles, ou même des applications heureuses, dont, par la suite, l'art de guérir pourra retirer des résultats avantageux. Mais, d'après les termes du programme, les prix ne peuvent être accordés qu'aux auteurs d'une découverte bien déterminée. Or, cette condition n'avait *été* remplie par aucun des prétendans.

Séance du 26 juillet. — PRIX MONTHYON. — *Grand prix des sciences naturelles.* — L'Académie avait proposé pour sujet de prix la description anatomique des nerfs des poissons, embrassant leur origine et leur distribution. Un seul mémoire a été reçu; quoiqu'il contienne d'excellentes descriptions des nerfs des poissons, surtout chez la perche et le brochet, et quoiqu'il soit accompagné de figures très-satisfaisantes, l'Académie n'a pas jugé qu'il remplit exactement

les conditions du programme, puisque les recherches sur l'origine des nerfs y sont peu développées. En conséquence, le prix ne sera pas donné cette année; mais la somme qui lui était consacrée sera donnée en entier, et à titre d'encouragement, aux auteurs de ce mémoire, MM. Edouard d'Alton et Frédéric Schlem, de Berlin.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — L'Académie a jugé qu'il n'y avait, parmi les ouvrages envoyés pour le concours de cette année, aucun qui méritât ce prix; mais elle a cru remplir les intentions du fondateur en couronnant un travail qui contient un grand nombre de faits nouveaux et précieux pour la physiologie générale et la zoologie; en conséquence, le prix a été décerné à M. Léon Dufour pour *ses recherches anatomiques et physiologiques sur les hémiptères*. Une mention honorable a été accordée à M. Fourcaud pour son ouvrage, intitulé : *Lois de l'organisme vivant, ou applications des lois physico-chimiques à la physiologie*.

PRIX POUR UN PERFECTIONNEMENT DANS L'ART DE GUÉRIR. — Ce prix ne doit pas être donné, comme nous l'avons dit plus haut. Jusqu'ici l'Académie a laissé aux concurrens le choix du sujet; mais elle croit devoir agir autrement à l'avenir, et, sans vouloir cependant exclure aucun genre de travail, elle a décidé qu'elle indiquerait l'objet vers lequel les recherches des savans devraient être dirigées de préférence. L'Académie propose donc, pour prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1832, les questions suivantes :

Question de médecine :

« *Déterminer quelles sont les altérations physiques et chimiques des organes et des fluides dans les maladies désignées sous le nom de fièvres continues.*

« *Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées?*

« *Insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces rapports.* »

Le prix sera de *six mille francs*. Les mémoires devront être adressés au secrétariat de l'Institut avant le 1.er janvier 1832.

Question de chirurgie.

« *Déterminer, par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens mécaniques ou gymnastiques appliqués à la cure des difformités du système osseux.* »

Désirant que cette question, d'une utilité pratique immédiate, soit résolue aussi complètement que possible, l'Académie demande aux concurrens : 1.° la description générale et anatomique des principales difformités qui peuvent affecter la colonne vertébrale, le thorax, le bassin et les membres; 2.° les causes connues ou proba-

bles de ces difformités, le mécanisme suivant lequel elles sont produites, ainsi que l'influence qu'ils exercent sur les fonctions, particulièrement sur la circulation du sang, la respiration, la digestion et les fonctions du système nerveux; 3.° de désigner d'une manière précise celles qui peuvent être combattues avec espoir de succès par l'emploi des moyens mécaniques, celles qui doivent l'être par d'autres moyens, enfin celles qu'il serait inutile ou dangereux de soumettre à aucun genre de traitement; 4.° de faire connaître avec soin les moyens mécaniques qui ont été employés jusqu'ici pour traiter les difformités, soit du tronc, soit des membres, en insistant davantage sur ceux auxquels la préférence doit être accordée. La description de ces derniers sera accompagnée de dessins détaillés ou de modèles, et leur manière d'agir devra être démontrée sur des personnes atteintes de difformités. Les concurrens devront aussi établir par des faits les améliorations obtenues par les moyens mécaniques, non-seulement sur les os déformés, mais sur les autres organes et sur leurs fonctions, et en premier lieu sur le cœur, le poumon, les organes digestifs et le système nerveux. Ils distingueront, parmi les cas qu'ils citeront, ceux dans lesquels les améliorations ont persisté, ceux où elles n'ont été que temporaires, et ceux dans lesquels on a été obligé de suspendre ou même de renoncer au traitement, à raison des accidens plus ou moins graves qui sont survenus. Enfin, la réponse à la question devra mettre l'Académie dans le cas d'apprécier à sa juste valeur l'emploi des moyens mécaniques proposés pour combattre et guérir les diverses difformités du système osseux.

Le prix sera de *six mille francs*. Les mémoires devront être adressés au secrétariat de l'Institut avant le premier janvier 1832.

VARIÉTÉS.

De l'organisation de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans un moment où le gouvernement veut réparer toutes les illégalités, il n'est pas douteux que l'ordonnance scandaleuse de 1822, qui destitua six des professeurs de l'Ecole, et celle du 2 février 1823, qui en institua de nouveaux, ne doivent être rapportées. Le ministre de l'instruction publique, qui connaît peu, sans doute, les besoins de notre science et le mode d'organisation d'une faculté de médecine, s'entoure de toutes les lumières, accueille tous les documens, et médite tous les conseils. Aussi nous croirions manquer à nos devoirs,

si, dans le Journal de médecine le plus répandu, nous ne cherchions à rassembler les idées des médecins nombreux avec lesquel s nous nous trouvons tous les jours en rapport, et à faire connaître à l'administration le mode d'organisation que désire la masse des médecins qui sont par leur position dégagés de tout intérêt personnel.

Le rapport des ordonnances de novembre 1822 et de février 1823 ramène nécessairement dans le sein de la Faculté les professeurs qui en avaient été si indignement chassés. Il est vrai que tous, à une seule exception peut-être, sont devenus, par les progrès de l'âge, incapables de supporter les fatigues du professorat; mais ils n'en restent pas moins seuls possesseurs de chaires auxquelles ils ont des droits légaux, et l'on doit à leur vieillesse, aux humiliations dont on les a abreuvés depuis huit ans, un dédommagement qui ne sera jamais assez grand. Toutefois, l'enseignement aurait à souffrir de cette mesure, et comme l'intérêt général doit passer avant tout, on peut, en laissant leur titre à d'honorables vieillards, confier le fardeau du professorat à des adjoints plus jeunes et plus actifs, et de cette manière se concilieront les intérêts de la science avec ceux de la justice.

Mais cinq chaires resteront vacantes, savoir : une de physique médicale, une de pathologie médicale, une de clinique interne, une de clinique externe, une de clinique d'accouchemens. Or, comment procédera-t-on à la nomination des professeurs qui devront les occuper? Plusieurs modes ont été proposés. Les uns veulent que le choix reste au conseil de l'Université, les autres demandent l'élection : quelques-uns pensent que la présentation des candidats doit être laissée aux professeurs de l'Ecole; enfin, l'immense majorité demande le concours. Examinons successivement ces différens modes.

1.° *Le choix doit-il être confié au conseil de l'Université?* Ceux qui penchent vers l'affirmative n'invoquent qu'un argument : c'est que, dans ses choix, le conseil royal s'en rapporte à la notoriété publique. Mais nous prétendons que la notoriété publique est une des voies les plus infidèles pour arriver à un bon choix. De quelle valeur peut être, en effet, l'opinion de personnes étrangères à la médecine? La réputation, parmi les gens du monde, est loin d'être l'expression du mérite. Parmi les médecins de Paris qui jouissent d'une réputation immense, et que la notoriété publique place à la tête du corps médical, il en est sans doute d'une haute capacité; mais il en est aussi dont l'ignorance n'est rachetée que par certains avantages appréciés dans les salons, mais d'une importance bien mince dans une Faculté.

Mais, nous dira-t-on, rien ne vous oblige à constater cette noto-

riété par le suffrage des personnes étrangères à l'art de guérir; n'interroger que les juges compétens, savoir : les médecins. Ce mode, selon nous, est un peu moins vicieux, mais il l'est encore beaucoup.

Les médecins sont malheureusement envieux, comme toutes les personnes qui exercent une profession où leurs intérêts se croisent sans cesse avec ceux de leurs rivaux, et où le succès n'est pas la conséquence du mérite. Ils sont ainsi faits, que les succès d'un confrère les irritent et les blessent : on accorde la supériorité aux vieux médecins, ou parce qu'on ne les craint plus, ou parce qu'on a besoin d'eux, ou parce qu'ils sont trop haut placés pour être des rivaux; mais les médecins de notre âge sont toujours décriés, et l'on voit avec peine ceux qui ont essuyé la poussière des mêmes bancs que nous, grandir en fortune et en réputation. Il suit de là que les médecins que la notoriété publique médicale placerait au premier rang seraient tous d'un âge trop avancé pour parcourir avec succès la carrière du professorat; ces hommes, qui, il y a quinze ans, eussent peut-être été de bons professeurs, seraient aujourd'hui déplacés dans une école, parce qu'ils n'ont pas suivi eux-mêmes le mouvement qu'ils ont imprimé à la science. D'ailleurs, comment constater la notoriété publique médicale. Le ministre et les membres du conseil de l'Instruction publique consulteront-ils leur médecin? Mais qui ne voit que ce médecin désignera l'homme dont il a embrassé la doctrine, s'il ne se désigne lui-même. Et ne verra-t-on pas autant de professeurs désignés par la notoriété publique que l'on s'adressera, pour en connaître la voix, à des personnes placées dans des positions différentes.

2.° *De l'élection.* Pour procéder à une élection, il faut des électeurs; et, d'abord, quels seront les électeurs? Quelques partisans de cette méthode ont désigné exclusivement les médecins de Paris. Or, de quel droit les médecins de Paris s'arrogeront-ils le privilége exclusif de nommer les professeurs d'une faculté dont le ressort s'étend à plus de cent lieues de rayon. En droit, l'élection de ce genre est inadmissible; en fait, l'élection à laquelle devraient concourir tous les médecins de France est impossible. Envain dira-t-on que les médecins de Paris sont seuls placés de manière à juger les hommes qui sont aptes à arriver au professorat; nous leur répondrons que s'ils peuvent, ce qui est plus que douteux, juger les médecins de la capitale, ils ne peuvent aussi bien porter un jugement sur ceux qui, dans les départemens, se sont acquis d'incontestables droits à l'estime et aux suffrages de leurs confrères. Mais de plus, nous nions que les médecins de Paris puissent apprécier avec justesse les titres de ceux qu'on devraient appeler au professorat. Ceux d'entr'eux qui se tiennent au courant de la science, ne connaîtraient que les titres

littéraires des candidats, et quelque grands que soient ces titres, ils ne suffisent pas pour constater les facultés et les talens qu'exige le professorat (1). Un inconvénient plus grave serait dans l'influence qu'exerceraient certains hommes par leur position, et dans les intrigues sans nombre qu'on verrait s'ourdir au milieu d'un corps qui n'est pas ennemi de l'intrigue.

Les partisans de l'élection avaient proposé un mode qui aurait moins d'inconvéniens : c'était de ne choisir pour électeurs que les élèves ayant au moins quatre années d'études. Sans aucun doute, la masse de ces jeunes gens est plus propre à apprécier les besoins actuels de l'enseignement, et par conséquent à juger les professeurs, que les docteurs en médecine, éloignés, par les soins de leur pratique, et de l'école et du mouvement de la science. Mais dans ce système, les médecins qui, par leur position, auraient été plus ou moins en évidence, auraient trop de chances d'élections; tandis que des gens d'un mérite supérieur pourraient être complètement inconnus aux élèves. Et si, par ce mode d'élection, l'on avait à craindre moins que par le précédent des influences capables d'agir contre l'impartialité et la justesse du choix des professeurs, il en resterait encore assez

---

(1) Il est une opinion assez généralement accréditée, c'est que l'Ecole doit renfermer toutes les notabilités réelles de la science, les hommes auxquels de beaux travaux ont mérité une grande célébrité. C'est confondre l'Ecole de médecine, *corps enseignant*, avec une académie. Un homme de génie peut être un fort mauvais professeur. Le premier fait des découvertes, avance la science; la mission unique du professeur est de bien enseigner celle-ci. Sans aucun doute, il y a de l'avantage à ce que le professeur ait un mérite original, soit capable de travaux importans; ses leçons acquièrent par là de l'intérêt et de l'autorité. Mais, nous le répétons, l'homme qui a fait de brillantes découvertes peut être fort ignorant sur beaucoup de points, et peut, d'ailleurs, ne pas posséder le talent de commmuniquer par le discours et ses idées et celles des autres. Dans les premiers temps de la création de la Faculté de médecine de Paris, on y appela toutes les notabilités de l'époque, et l'on ne pouvait faire autrement, mais l'on eut un grand nombre de détestables professeurs. Que l'on renouvelle cela, aujourd'hui qu'on n'y est pas obligé, et l'on verra la plupart de ces hommes qu'on appelle actuellement des notabilités, ne faire que de médiocres leçons, si elles ne sont pas ridicules. Béclard, lorsqu'il fut nommé professeur, ne jouissait pas de cette célébrité qu'assurent de belles découvertes ou des travaux importans et nombreux, et Béclard fut le meilleur et le plus utile professeur de la Faculté.

pour ne pas croire l'élection des élèves tout-à-fait exempte de graves défauts.

Les partisans du troisième mode, savoir : *la présentation au ministre par les professeurs de l'Ecole* (1), y trouvent tous les avantages de l'élection, en ce sens : que les seuls électeurs, savoir : les professeurs de l'Ecole, sont tous, par leur position, à même de connaître les hommes qui s'occupent de la science et qui réussissent dans l'enseignement. Mais, d'abord, il n'est pas vrai de dire que les professeurs se tiennent au courant de la science, et qu'ils suivent les hommes qui parcourent avec succès les diverses branches de l'enseignement; il n'est pas vrai que tous, qui ont droit à voter, puissent apprécier les titres des candidats. Des professeurs de pathologie interne, d'hygiène, de botanique, de chimie, etc., ne sont-ils pas appelés par ce mode à juger des chirurgiens, des accoucheurs, etc. *et vice versâ*. On voit déjà les inconvéniens inhérens au mode de nomination par les professeurs de l'Ecole. Mais combien plus grands encore sont ceux qu'y font naître les vices mêmes des hommes, et que l'expérience y a fait constater. Maintes fois l'on a signalé dans certaines nominations de l'Ecole, et toujours l'on aura à craindre, l'influence des coteries qui se forment dans son sein : des amitiés ont dicté des votes absurdes; des préventions, des haines, ont repoussé des hommes qui eussent servi l'enseignement. Ainsi nous avons vu, depuis 1814, l'Ecole repousser opiniâtrement plusieurs hommes éminens dans la science, du nom desquels on se sert aujourd'hui pour défendre ce mode de nomination et exclure le concours. Nous y avons vu trafiquer des votes, s'assurer par des concessions du moment de voix pour l'élection future, etc., etc.

Nous ne voulons pas en dire davantage sur ce sujet de peur d'être entraînés à des personnalités ; mais nous ne croyons pas être exposés à être démentis; trop de faits répondraient bien vîte à un défi imprudent. Et que l'on ne cherche pas à défendre la Faculté en exposant le nombre de bonnes nominations qu'elle a faites, et en la présentant comme ayant cédé aux exigeances de l'autorité lorsqu'elle a fait de mauvaises nominations : toutes les nominations injustes ou ridicules n'ont pas été faites sous cette influence ; et la Faculté ne pouvait pas, sous peine de périr, ne pas faire un assez grand nombre de bons choix.

Ensuite, examinez quel rôle pénible ont à jouer les candidats dans ce système de nomination. Que de brigues, que de sollicitations, que

(1) Nous ne parlons pas de la présentation par le Conseil académique; mode absurde qui avait cependant l'avantage de contrebalancer l'omnipotence de la Faculté, et de la tenir en garde sur la justesse de ses choix.

de moyens bas, que de manœuvres honteuses, pour circonvenir les professeurs et mendier leur suffrage! Par combien d'arrogance, de sarcasmes, certains professeurs ne vous font-ils pas payer leurs voix! Que d'explications ils vous demandent sur une démarche que vous avez faite, sur un mot que vous avez imprimé! Que de plates excuses il leur faut faire si l'on a, par hasard, blâmé un moyen thérapeutique par eux préconisé, ou vanté la pratique d'un de leurs rivaux! Et dans quelle position place-t-on un homme d'honneur, forcé d'aller solliciter le suffrage d'un professeur qu'il méprise, ou de renoncer, en ne le fesant pas, à une place qu'il mérite à tous égards.

Il est une voie plus honorable, plus juste, la seule juste : c'est le *concours*. *Un concours est une lutte dans laquelle les candidats sont appelés à faire valoir tous les titres qui les rendent dignes de la place qu'ils veulent occuper*. Or, la meilleure forme de concours sera celle par laquelle les titres de chaque compétiteur seront le mieux mis en lumière.

Maintenant, peut-on, dans un concours, faire valoir tous ses titres. Nous nous décidons pour l'affirmative, et nous ne doutons pas qu'on ne puisse parfaitement reconnaître le mérite d'un candidat en le soumettant aux épreuves suivantes.

1.° *Titres antécédens*. Le candidat adressera au jury du concours, les ouvrages, mémoires, etc. qu'il a publiés sur quelque partie de la science. Ces travaux seront examinés par le jury, chargé d'en faire un rapport, comme des autres épreuves du concours.

Le jury devra tenir compte des cours que le candidat aura déjà faits, et les succès déjà obtenus dans l'enseignement devront être un titre des plus importans, parce que le jugement porté par les élèves en pareille matière est toujours impartial.

2.° *Leçons écrites*. Dans la plupart des concours on n'exige qu'une leçon écrite, et l'on ne donne pour la faire que cinq ou six heures. Cette méthode est vicieuse, elle favorise trop ceux qui ont l'habitude d'écrire vite. En outre, le hazard peut donner à l'un des concurrens, une question qu'il ne connaît qu'imparfaitement. Nous proproposerions donc : 1.° que l'on fît deux ou trois leçons écrites; 2.° que l'on accordât aux concurrens une journée entière pour rédiger chacune d'elles.

Ce n'est pas tout : la leçon écrite de la main du concurrent est lue publiquement par son auteur ; puis examinée de nouveau par le jury. Ce mode a de graves inconvéniens que nous allons indiquer. La manière de lire, le débit en un mot, a une telle influence sur l'esprit des juges, qu'ils sont involontairement portés à avoir bonne opinion d'une mauvaise leçon qui est bien dite, tandis que les meilleures

choses mal débitées semblent mauvaises, même aux gens les plus impartiaux. Lorsqu'ensuite les juges relisent les copies, ce n'est plus la grâce du débit, c'est la correction de l'écriture qui l'emporte. Tous ces inconvéniens disparaîtront si les compositions sont imprimées : et il en résultera un grand avantage, c'est que les juges seront plus scrupuleux, quand ils auront lieu de craindre que leur décision puisse être contrôlée.

3.° *Leçons orales*. On ne peut nier que le talent de la parole ne doive être une des principales qualités du professeur. Avant tout, il faut savoir communiquer ses idées, et un homme du plus haut mérite qui ne peut se concilier l'attention de son auditoire, est moins utile aux élèves qu'un médecin beaucoup moins habile, qui du moins peut transmettre le peu qu'il sait. Nous pensons donc qu'il serait convenable de soumettre les candidats à deux épreuves orales, l'une improvisée, l'autre avec 24 heures de préparation seulement; de cette manière, on jugerait parfaitement des connaissances et du talent oratoire du candidat.

4.° *Thèse*. Il est nécessaire que les concurrens soient astreints à composer une thèse et à la soutenir. Mais comme cette épreuve est de la plus haute importance, comme la thèse doit faire connaître tout ce dont est capable un homme comme écrivain, nous demanderions qu'on accordât 15 jours au lieu de 8, pour la composer et la faire imprimer. Et si dans la thèse seulement, on pourra bien juger de la capacité d'un candidat comme écrivain, c'est dans l'argumentation qu'il fera preuve de dialectique, et qu'il sera à même de donner à ses idées, à ses théories, de plus grands développemens. Aussi, l'épreuve de l'argumentation ne saurait-elle être trop longue, et nous croyons convenable que le candidat soit argumenté deux jours de suite, et deux heures chaque fois, par deux de ses compétiteurs. Nous n'avons pas besoin de nous élever contre l'un des usages les plus ridicules et les plus injustes qui aient été établis : c'est d'écrire et de parler en latin. L'opinion générale en a déjà fait justice.

5.° *Épreuves spéciales*. Enfin, nous demanderons que pour les chaires spéciales, les candidats soient admis à des épreuves spéciales. Et ceci s'applique surtout aux chaires de clinique. Les juges et les compétiteurs peuvent se transporter dans une salle de clinique de la Faculté. Les concurrens, chacun à son tour, examineront différens malades; rentrés dans la salle de conférence, ils feront une leçon, d'après laquelle il sera facile de juger le degré d'aptitude du candidat à reconnaître les diverses formes des maladies et d'apprécier ses connaissances pratiques.

Nous prétendons qu'un concours de ce genre est propre à mettre dans tout leur jour les titres d'un médecin à la chaire qu'il aspire à

remplir. Nous affirmons que, de cette manière, l'avantage restera nécessairement au plus capable. Remarquons, en effet, que dans le mode de concours établi jusqu'ici, l'avantage pouvait être du côté de ceux qui étaient les plus habiles à manier la parole, puisque presque tout se décidait par une leçon orale préparée ; mais maintenant, les travaux antécédens, le succès dans l'enseignement médical, la facilité de l'élocution, les notions en pathologie, le talent d'écrivain, la justesse de la dialectique, la sagacité du coup-d'œil médical, l'étendue des connaissances pratiques, tout est mis en lumière, tout peut être apprécié par le jury.

On nous objecte qu'un homme de 40 ou 50 ans n'osera pas se commettre dans un concours. Pourquoi? a-t-il à risquer sa réputation? tant pis pour lui si elle est usurpée : et s'il craint de cheoir dans l'opinion de ses confrères, c'est qu'il a lui-même la conscience de sa faiblesse. Nous le demandons : quelles épreuves peut redouter un homme de 50 ans réellement capable? Les questions écrites? mais à moins d'ignorance il doit toujours être prêt à y répondre. La leçon improvisée? mais l'habitude qu'il a de professer lui rend cette épreuve plns facile qu'aux médecins plus jeunes! La leçon préparée? mais son expérience, l'habitude de parler devant des élèves, lui donneront encore un avantage immense sur de plus jeunes compétiteurs. La thèse et l'argumentation? mais la maturité de son esprit, et les faits nombreux qu'il aura recueillis depuis le début de sa carrière médicale lui donneront une incontestable supériorité. Les épreuves spéciales? mais il les aura répétées toute sa vie, et elles ne seront pour lui qu'un jeu. Concluons donc que l'avantage dans un concours bien établi doit être tout entier au médecin qui est dans la maturité de son talent, et que s'il échoue, il n'en doit accuser que son incapacité.

Mais, dira-t-on, comment éviter la partialité des juges du concours; n'a-t-on pas vu des gens de mérite repoussés injustement, soit que les membres du jury aient manqué de conscience, soit qu'ils n'aient pas été capables de juger? D'abord il est difficile, dans un concours *public* dans toutes les épreuves, d'être injuste, parce que les regards du public sont un frein qui retient les moins consciencieux. De plus, on peut trouver des moyens d'assurer cette impartialité et cette compétence si justement désirée : d'abord les candidats devraient choisir eux-mêmes le jury, dont les membres, au nombre de neuf, seraient pris, cinq dans la Faculté, quatre parmi les médecins de la ville. On y adjoindrait deux suppléans pris indifféremment dans l'un ou l'autre de ces deux corps. A l'ouverture du concours, les membres du jury prêteraient le serment de ne recevoir aucune recommandation, de n'exercer aucun patronage, et de juger

en toute conscience. Il faudrait, et cette condition est essentielle, que d'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, les juges fissent sur chacun des compétiteurs un rapport détaillé d'après lequel ils motiveraient leur choix. On obtiendrait ainsi un jugement aussi équitable qu'il est donné à des hommes d'en rendre.

Avec le mode de concours que nous proposons, avec les précautions dont nous avons cherché à l'entourer, nous pensons qu'il serait difficile que les décisions qui en résulteraient ne fussent pas justes, et qu'elles ne fussent pas ratifiées par l'opinion publique. Nous croyons en conséquence que pour les chaires qui vont être vacantes dans la Faculté, comme pour celles qui le deviendront à l'avenir, le concours est la seule manière équitable d'arriver à un bon choix.

Maintenant que nous avons indiqué le mode d'élection au professorat qui nous paraît le plus convenable, nous croyons devoir faire connaître nos vues sur les moyens de rendre l'enseignement plus complet et plus profitable.

La plupart de ceux qui reçoivent leur diplôme de docteur, n'ont aucune notion pratique ni des maladies de la peau, ni des maladies vénériennes, ni des maladies des yeux et des oreilles, ni de celles des enfans nouveaux-nés, ni des affections mentales : il est impossible d'exercer l'art de guérir sans rencontrer à chaque instant ces maladies. Nous pensons qu'il serait utile de créer dans la Faculté plusieurs chaires de clinique qui n'y existent pas; telles seraient, des cliniques, 1.° de maladies de la peau et de maladies vénériennes; 2.° des maladies des yeux et des oreilles; 3.° de maladies des enfans nouveau-nés, clinique qui pourrait être réunie à celle des maladies des femmes en couche; 4.° de maladies des enfans, depuis l'âge de quatre ou cinq ans jusqu'à la puberté; 5.° des affections mentales.

Plusieurs de ces chaires sont depuis long-temps universellement demandées, et l'on n'aurait que peu d'objections à faire contre leur création. Mais toutes nous paraissent également nécessaires. Quelques personnes pourraient trouver inutiles de créer une chaire unique pour la clinique des maladies des yeux et de l'oreille. Dans tous les hôpitaux, dira-t-on, on s'occupe du traitement des maladies des yeux et de l'oreille, et les élèves peuvent puiser dans toutes les cliniques des notions sur ces affections. Nous répondrons que l'on vient peu dans les hôpitaux pour des maladies de ce genre, à moins qu'elles ne soient très-graves; que, par conséquent, les jeunes gens, dans le cours d'un sémestre, n'ont peut-être pas l'occasion de voir, dans une clinique, dix phlegmasies aiguës de l'œil ou de l'oreille, et que, par conséquent, ils ne peuvent acquérir une notion exacte sur des maladies qu'ils ne voient que de loin en loin; au lieu que si, dans une salle spéciale, on réunissait cinquante ou soixante personnes atteintes de maladies des organes de l'ouïe et de la vue, les jeunes gens

pourraient voir en un seul jour une multitude de formes morbides, et en deux mois ils se familiariseraient avec toutes les affections de l'œil et de l'oreille. Cette heureuse innovation est depuis long-temps introduite dans toutes les Universités de l'Italie, de l'Angleterre, de l'Allemagne, de la Russie, etc.; et toutes les bonnes monographies sur ces branches importantes de la science sont sorties de ces pays, tandis qu'en France et en Espagne, le traitement des maladies des yeux et de l'oreille est presque exclusivement confié à des charlatans qui déshonorent même le titre d'officier de santé.

Quant à établir une clinique des maladies des femmes en couche et des enfans nouveau-nés, c'est une chose tellement évidente, que nous ne croyons pas utile d'insister sur ce point, et nous croyons également aussi importante une clinique des maladies des enfans; car ceux-ci, vers l'âge de quatre ou cinq ans, et même plus tard, ont des maladies dont le traitement, le diagnostic et la marche diffèrent plus ou moins de celle des adultes.

Une clinique des maladies mentales a peut-être un peu moins d'importance que celle dont nous venons de parler, parce qu'en général les fous, séquestrés sur-le-champ par les magistrats, sont envoyés dans des établissemens consacrés au traitement des aliénés; mais il n'en est pas moins bien utile au médecin de connaître toutes les formes de ces maladies singulières, ne fût-ce que pour éclairer les juges dans les questions ardues de médecine-légale, auxquelles donnent lieu tous les jours les actes des fous.

Enfin, un cours d'histoire de la médecine devrait être fait par un des bibliothécaires de la Faculté, si l'on n'établit pas de chaire spéciale. Il est en effet honteux que les médecins vivent dans une si complète ignorance des travaux de leurs devanciers, et cet inconvénient grave cesserait d'exister si des leçons bien faites leur facilitaient l'étude des ouvrages et des doctrines des anciens.

Nous pensons également qu'au lieu de deux cours de pathologie interne, il serait convenable de les diviser de la manière suivante: savoir, un cours de pathologie et de thérapeutique générales, et un cours de pathologie et de thérapeutique spéciales (1). De cette manière on n'aurait pas besoin de réunir ridiculement dans un cours la thérapeutique et la matière médicale, et cette chaire supprimée serait repartie d'une part aux pathologistes, d'autre part au professeur chargé de l'histoire naturelle médicale.

Si ce plan d'organisation était adopté, il y aurait à la Faculté trois chaires de plus qu'aujourd'hui, car nous ne pensons pas que l'on doive diminuer le nombre des cours de clinique qui ne sauraient être trop multipliés.

(1) Il est inutile de dire que *tous* les professeurs de la Faculté doivent être astreints à faire chaque année un cours complet.

Il paraît que l'administration songe à donner des adjoints aux professeurs, et nous ne pouvons qu'applaudir à une mesure qui est propre à assurer la prospérité de l'Ecole et à entretenir l'émulation. Mais il importe que les adjoints aient une autre position que les agrégés actuels. L'institution des agrégés, telle qu'elle est, nous semble essentiellement vicieuse, et doit être réformée ou abolie. C'est la création d'un pouvoir ombrageux, qui, tout en paraissant faire une concession à l'opinion par l'établissement du concours, s'était réservé tous les moyens de remplir les chaires de ses acolytes: par le nombre sans cesse croissant des agrégés, le parti qu'on voulait faire dominer à l'Ecole se trouvait en mesure de se recruter selon ses vues. D'un autre côté, à cause de ce nombre si grand, peu de chances d'arriver au professorat étaient données aux agrégés, qui ne jouissaient d'ailleurs en réalité que de minces prérogatives. Qui ne voit que des médecins de mérite ne sacrifieront pas leur clientelle et leurs veilles pour parvenir à une place aussi précaire. Mais si les adjoints non-seulement partagent avec les professeurs le fardeau des examens, mais encore sont astreints à faire des cours et à participer aux délibérations de la Faculté, comme cela avait lieu autrefois; s'ils succèdent de droit au professeur auquel ils sont adjoints, si leurs appointemens sont moins modiques, alors on concevra que l'on puisse faire des sacrifices proportionnés à l'importance de cette position médicale, et que l'on puisse affronter un concours aussi épineux que celu dont nous avons plus haut indiqué la forme. Nous pensons donc que pour multiplier les cours, pour soulager les professeurs dans les cours et dans les examens, on doit attacher à chaque chaire un adjoint, qui arrivera par le concours, et remplacera de droit le professeur.

La question financière deviendra un obstacle considérable pour le ministère, et la crainte d'enfler le budjet de l'Université empêchera probablement de nommer un nombre suffisant de professeurs et d'adjoints. Mais, si les adjoints partagent avec les professeurs tout le fardeau des examens, il est juste qu'ils aient dans l'éventuel une part proportionnée. Ne pourrait-on pas trouver, dans une légère diminution du traitement des professeurs, les moyens de rétribuer les adjoints? On sait d'ailleurs que chaque année une somme de 40,000 fr. à-peu-près est versée au trésor de l'Université sur les fonds provenant des inscriptions des élèves; ces fonds pourraient servir à donner aux adjoints une position plus convenable que celle des agrégés en exercice.

La question que nous venons de traiter est fort délicate, car elle touche de près à la bourse, et le désintéressement est rare de nos jours. Celle dont nous allons nous occuper maintenant ne va pas

donner lieu à moins de récriminations, parce que les intérêts privés vont encore se trouver blessés.

Un professeur qui arrive à la Faculté de Médecine à l'âge de trente ans (car il peut arriver à cet âge, puisque le mérite ne doit se mesurer qu'au concours), pourra conserver sa place pendant cinquante ans, s'il vit cinquante ans encore; et quoique ses facultés intellectuelles soient anéanties, il sera encore professeur, et s'opposera éternellement à ce que l'enseignement de son cours soit jamais bien fait; et s'il meurt, enfin, il peut être remplacé par un adjoint septuagénaire, de sorte que pendant presque un siècle il y aura vraiment un cours vacant à l'Ecole. En mettant ainsi les choses à l'extrême, nous avons voulu faire comprendre mieux les graves inconvéniens qui résultent de la durée illimitée du professorat. Il est de fait qu'en général un professeur n'a plus à soixante ans la même émulation, la même activité, et, s'il faut le dire, la même vigueur d'intelligence, que dans un âge moins avancé. D'ailleurs, le caractère de l'homme qui vieillit est tel, que les idées nouvelles, les découvertes utiles, semblent des améliorations dangereuses, et les exemples nombreux s'offriraient en foule si l'on voulait démontrer que la plupart des médecins de soixante ans restent stationnaires au milieu de la marche progressive de la science. Remarquons aussi que les devoirs d'une clientelle nombreuse occupent ce qu'il leur reste d'activité. Nous proposerions donc que les professeurs fussent admis à la retraite dès l'âge de soixante ans; mais nous voudrions aussi que ceux qui sont parvenus au professorat avant l'âge de quarante ans, n'y pussent rester que vingt ans, car il est tout-à-fait dans l'intérêt de l'enseignement que les hommes se renouvellent souvent: c'est le seul moyen d'entretenir l'émulation; et, d'un autre côté, il est juste que des professeurs qui ont trouvé dans un titre honorablement acquis un moyen de succès immense, laissent libre à de plus jeunes médecins la carrière qu'ils ont parcourue.

Nous avons jeté rapidement et sans ordre les idées que nous a depuis loug-temps suggérées la nécessité d'une réforme actuelle dans la Faculté de Médecine de Paris. Nous reviendrons sur plusieurs points, si nous apercevons le besoin de plus longs développemens (1).

---

(1) Le ministre de l'instruction publique a nommé une commission composée de huit membres, et chargée de lui faire un rapport avant le 15 septembre, sur les demandes et pétitions relatives à l'organisation de la Faculté de Médecine de Paris. Ces membres sont : MM. Cuvier, président; Dubois, Duméril, Landré-Beauvais, Andral, Husson, Jules Cloquet, et J. Guérin, secrétaire. La composition de cette commission a paru assez étrange, et a excité un mécontente-

Sur une brochure de M. Cayol, *intitulée : Quelques réflexions sur la réorganisation de la Faculté de Médecine de Paris.*

M. Cayol n'est pas dépourvu d'esprit et d'une certaine habileté, la brochure elle-même qu'il vient de publier en fait foi ; mais il y a eu maladresse de sa part à vouloir défendre les droits des professeurs que l'ordonnance de 1823 a introduits dans la Faculté. Il est des positions que toute l'habileté du monde ne saurait rendre tenables. C'est se faire singulièrement illusion ou croire à une bien grande simplicité de ses lecteurs, que de penser que de misérables arguties d'avocat, cousues à quelques phrases sentimentales sur les victimes des ordonnances-Corbière, pourront éloigner de justes représailles. Les raisons de M. Cayol auraient eu sans doute beaucoup de force dans un temps où tout se tramait à l'ombre des confessionaux ou dans l'oratoire de quelques dévotes de la congrégation ; mais aujourd'hui qu'il les adresse au public, le bon sens et la conscience de chacun en fera promptement justice.

Discuterons-nous avec M. Cayol, la légalité des ordonnances qui ont supprimé puis réorganisé la Faculté de Médecine, c'est peu nécessaire. La subtilité de ses argumens ne pourra pas faire que le ministre Corbière ait eu le droit de supprimer, de détruire par une ordonnance une école qui était fondée en vertu d'une loi, d'ôter brutalement à des professeurs des titres, des honoraires garantis par des décrets et arrêtés de l'Université, que ne pouvait changer subitement une ordonnance applicable à ce seul cas. De ce que quelques gouvernemens antérieurs, et notamment le gouvernement

---

ment général. On a vu avec étonnement sur la liste un des professeurs amenés à la Faculté par les funestes ordonnances de 1823. On a voulu, dit-on, que tous les intérêts fussent représentés dans la commission ; ceux de l'Université, par M. Cuvier ; des anciens professeurs éliminés en 1823, par M. Dubois ; des professeurs conservés et des nouveaux professeurs, par MM. Duméril et Andral ; des médecins des hôpitaux, par M. Husson ; des agrégés, par M. J. Cloquet ; enfin, l'honneur de représenter l'indépendance et l'intérêt de l'enseignement reste à M. Guérin, qui à lui seul devra contrebalancer tant d'intérêts particuliers ! !... Il faut espérer que l'esprit des membres de la commission vaudra mieux que la combinaison du ministre, et qu'ils oublieront leurs positions particulières pour ne penser qu'aux intérêts de la science et de l'enseignement.—Deux membres de cette commission sont absents ; ce sont MM. Landré-Beauvais et Dubois. On dit que ce dernier doit être remplacé par M. Richeraud.

impérial, ont outre-passé quelquefois leurs pouvoirs, il ne s'ensuit pas que le gouvernement royal soit justifié dans la mesure arbitraire et odieuse qu'il a prise en 1822. Maintenant qu'il est menacé, M. Cayol vient s'appitoyer sur le sort des professeurs dont *on a froissé les intérêts*, dont on n'a pas *convenablement apprécié les droits*, auxquels on n'a pas accordé *les distinctions et les récompenses dues à leurs longs et honorables travaux*. Il est un peu tard pour venir ainsi à résipiscence. Eh ! qui a donc froissé des intérêts, qui n'a pas apprécié des droits, qui a pris les places des professeurs injustement et illégalement traités, n'est-ce pas M. Cayol lui-même avec les hommes de son parti, appelés à réorganiser dans les vues de ce parti l'institution qui déplaisait à l'autorité, et qui était convoitée par la congrégation. C'est en vain que par une adresse perfide M. Cayol cherche à étendre sur d'autres têtes les reproches auxquels il ne peut échapper. Ce fut, sans contredit, un acte insigne de faiblesse que commit M. Boyer, en participant aux travaux d'une commission créée dans cette circonstance. Quant à M. Cuvier, qui préside aujourd'hui une autre commission instituée pour défaire ou reviser les actes conseillés par celle dont il avait fait partie en 1822 avec MM. Cayol, Laennec et Récamier, ne sait-on pas que cet illustre savant, que ce malheureux homme d'état, a été traîné à la remorque par tous les partis, par tous les ministères ? Les actes de cette commission ne peuvent donc être *moralement* imputés qu'à la faction congréganiste.

M. Cayol prétend que la réorganisation de la Faculté fut faite dans l'intérêt de l'enseignement. Nous ne nions pas qu'il n'y eût dans l'ancienne Faculté quelques abus qui furent corrigés ou amendés dans la nouvelle, mais il y en eut davantage dans celle-ci. Est-ce dans l'intérêt de l'enseignement qu'on remplaça M. Dubois par M. Bougon, qu'on introduisit des professeurs tels que MM. Guilbert, Fizeau, Deneux, Clarion, Pelletan ; qu'on retira M. Fouquier de la chaire de clinique, où ce professeur avait un grand succès, pour le reléguer dans une chaire de pathologie interne, où il ne pouvait en avoir aucun, tandis que M. Cayol, inconnu jusqu'alors dans ce genre de professorat, s'adjugeait modestement cette chaire. Est-ce enfin dans l'intérêt de l'enseignement qu'on donnait une chaire de clinique à M. Landré-Beauvais, homme qui sans doute se distingua jadis dans cet enseignement, mais que sa santé rendait incapable de remplir les fonctions dont on le chargeait ; qu'on conservait M. Récamier dans les siennes dont il s'acquittait avec si peu d'exactitude, pour ne rien dire de plus. Non, il n'est pas vrai que la réorganisation ait été faite dans l'intérêt de l'enseignement, et en face de tels abus, c'est se jouer des gens que de chercher à leur prouver le désintéressement des hommes qui réorganisèrent l'Ecole de Mé-

decine en 1823. Quant à l'institution des agrégés que M. Cayol met en avant comme une preuve des améliorations apportées dans l'organisation de la santé, nous avons dit dans le précedent article ce qu'on devait en penser.

L'injustice commise envers plusieurs professeurs, dont la plupart étaient devenus par leur âge, il faut l'avouer, inutiles à l'Ecole, ne fut donc pas, comme le prétend M. Cayol, la vraie et la seule cause de l'impopularité des ordonnances-Corbière; ce qui souleva davantage encore la conscience publique, ce fut de voir, sous un vain et faux prétexte, la Faculté frappée par un misérable coup d'état politique, et envahie par une foule d'individus, dépourvus la plupart de mérite, quelques-uns d'une honteuse nullité, et dont tous les titres étaient dans leurs opinions serviles ou fanatiques, telles qu'il en fallait au gouvernement immoral qui pesait alors sur la France. Renvoyer de tels hommes, loin d'être, au dire de M. Cayol, la plus grave atteinte qui eût encore été portée à l'honneur et à l'indépendance du professorat, ne sera que justice; ce fut en 1823 que cette atteinte fut véritablement portée.

Quant au concours auquel M. Cayol demanderait que tout professeur dépossédé fut admis avec celui qui aurait été nommé à sa place, ce n'est qu'une pitoyable fanfarronnade. Nous demandons le concours, mais non un concours privilégié. S'il y a concours, il doit être ouvert à tout le monde, et permi à M. Cayol de s'y présenter. Du reste, la demande de M. Cayol est un argument bien fort en faveur du concours, puisque, aujourd'hui dans son désappointement, le parti qui l'a repoussé quand il était en crédit en est réduit à réclamer ce mode impartial de nomination.

Prix.

La Société de Médecine de Bruxelles met au concours la question suivante:

« Déterminer par l'observation clinique, par des recherches d'ana» tomie pathologique, et par une suite d'expériences, l'état du sang » dans l'affection connue sous le nom d'*Anémie des houilleurs*. »

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Les mémoires seront adressés, francs de port, avant le 1.er septembre 1831, à M. le docteur Gniette, secrétaire de la Société, rue des Grands-Carmes, N.° 27. Ils devront porter en tête une devise ou épigraphe répétée dans un billet cacheté contenant le nom et la demeure de l'auteur.

L'auteur du mémoire couronné conservera la propriété de son ouvrage, à condition de le faire imprimer sous le format in-8.°, et de mettre en tête: *Actes de la Societé de Médecine de Bruxelles*; il devra, de plus, en envoyer vingt-cinq exemplaires à la Société.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les monstruosités dites par inclusion, et sur quelques autres espèces qui sont produites dans des conditions semblables; par E. Le Sauvage, *professeur à l'École de Médecine de Caen, etc. Caen*, 1829. *Brochure in-8.°, 59 pp.*

L'auteur de ce mémoire n'a pas eu pour objet d'ajouter de nouveaux faits à l'histoire de la monstruosité par inclusion ; son travail n'en contient aucun. Il a uniquement pour but d'expliquer ce phénomène remarquable. Voyons donc si la nouvelle théorie de M. Lesauvage rend mieux compte du mécanisme suivant lequel s'opère cette monstruosité, que celle qu'il s'attache particulièrement à combattre, et que je proposai dans le mémoire qui fut inséré en 1827, dans ce Journal, tome XII. Avant tout, nous dirons que dans les sciences d'observation, il faut, autant qu'il est possible, asseoir une théorie sur des faits reconnus vrais et bien observés, et conséquemment ne pas puiser ses explications au-delà des limites de l'observation. C'est surtout dans les questions qui se rattachent au developpement de l'œuf humain qu'on doit exiger que les explications reposent sur des résultats fournis par une inspection anatomique faite avec soin ; on sait, en effet, qu'avant une certaiue époque, les différentes parties de l'embryon ne présentent, à l'œil de l'observateur, qu'un tout homogène, où plus d'un anatomiste a cru voir ce qu'il pensait devoir exister, et non pas ce qui existait véritablement.

Dans le mémoire que j'ai publié, je rassemblai tous les exemples de monstruosité par inclusion connus jusqu'alors, et de leur rapprochement il ressortit un certain nombre de conséquences dont l'exposition présente les différens caractères de cette monstruosité, dans laquelle le fœtus inclus est tantôt dans l'abdomen, tantôt dans une poche pendante au périnée. Dans l'inclusion abdominale, on a trouvé constamment le fœtus inclus, placé au devant de la région lombaire, et en rapport avec l'intestin colon. Considérant d'une part, cette identité de situation de tous les fœtus inclus, et d'autre part, que l'intestin, d'abord situé hors du ventre chez l'embryon, y rentre progressivement, de manière que le colon se porte directement d'avant en arrière et de haut en bas, je fus conduit naturellement à penser que la pénétration d'un embryon, dans un autre résultait de ce retrait de l'intestin auquel un ovule ou un embryon pouvait ad-

hérer accidentellement, et que cette pénétration pouvait être secondée par une pression mécanique quelconque.

Cette explication fort simple, qui repose à la fois sur un fait constant dans l'inclusion abdominale, et sur la connaissance d'un phénomène que l'étude de l'embryologie rend incontestable, cette explication, dis-je, ne parait, à M. Le Sauvage, ni rationnelle, ni fondée. D'abord il ne pense pas que l'inclusion abdominale puisse s'opérer autrement que dans le cas de l'existence de deux germes dans le même ovule : cette idée est la principale base de son travail. Nous pensons, comme lui, que cette circonstance peut favoriser le rapprochement des deux embryons ; mais nous sommes loin d'admettre, malgré son opinion, que deux ovules fécondés isolément, et accolés l'un à l'autre dans la trompe ou dans l'utérus, ne puissent se confondre de manière à produire la monstruosité par inclusion. Quant à la pénétration de l'embryon, M. Le Sauvage ne doute pas qu'il n'en ait découvert la véritable cause. C'est par l'intermédiaire de la vésicule décrite et nommée *érythroïde* par M. Pockels, membrane que cet auteur est jusqu'à ce jour le seul à avoir vue, et que la plupart des anatomistes n'ont pu découvrir. Cette vésicule contiendrait, selon M. Pockels, les rudimens de l'intestin et les vaisseaux ombilicaux ; et comme l'embryon, accolé par sa face postérieure contre l'amnios, repousse peu-à-peu cette membrane pour pénétrer dans son intérieur, il en résulte en avant de lui une espèce d'*infundibulum*, dans lequel un autre embryon peut être entraîné, et tomber. La vésicule érythroïde étant au centre de cet infundibulum, l'embryon y adhère, et rentre avec elle dans l'abdomen de l'embryon régulier.

Il résulte évidemment de ce qui précède, qu'abstraction faite de la pression que j'ai supposée, l'explication de M. Le Sauvage ne diffère de celle que j'ai proposée, qu'en ce qu'il attribue la pénétration de l'embryon à la rétraction de la vésicule érythroïde, tandis que je pense qu'elle est due à la rétraction de l'intestin. Mais dans les deux hypothèses, c'est toujours l'embryon que l'intestin suit dans sa pénétration, et comme il n'est pas encore démontré que ce retrait de l'intestin soit dû à l'action de la vésicule érythroïde, je continuerai à prendre pour point de départ dans mon explication, le fait qui est le seul bien constaté. Quoi qu'en dise M. Le Sauvage, sa théorie ne rend nullement raison des conditions anatomiques qui se présentent dans l'inclusion périnéale, et l'organisation aujourd'hui bien connue des monstres dits hétéradelphes, ne permet pas non plus de les considérer comme autant d'exemples de semi-inclusion. Je regrette que les bornes de cet article ne m'aient pas permis de discuter, comme il conviendrait, la question qui fait l'objet du mémoire de M. Le Sauvage, d'autant plus que ce travail contient beaucoup de remarques intéressantes, et qui méritent de fixer l'attention. OLLIVIER.

Abrégé de médecine théorique et pratique, d'après la raison et l'expérience; par J. Ign. Bolu-Grillet, *D. M., ancien professeur d'histoire naturelle, etc. Paris*, 1829. *In*-8.° xi-415 *pages*. *Chez Gabon.*

D'après la raison et l'expérience! Un auteur est déjà jugé à la lecture du titre de son ouvrage, lorsqu'il y condamne de cette manière ceux dont il n'adoptera pas les opinions. M. Bolu-Grillet ne sait-il pas que chacun croit avoir pour soi l'expérience et la raison, lors même qu'il déraisonne ou qu'il n'a pas un fait en faveur de ses idées? Fougueux adversaire de la doctrine physiologique, ce n'est que pour la combattre qu'il semble avoir pris la plume. Pour cela, il a calqué le cadre nosographique de Pinel, et d'un style diffus et déclamatoire, il a parcouru toutes les maladies, qu'il décrit dans autant de chapitres incomplets et inexacts, combattant à tout propos le système qu'il a en horreur; se créant à chaque pas des chimères, et condamnant sans cesse, comme l'ont fait tant d'autres, le physiologisme, sans le connaître, sur quelques erreurs depuis long-temps reconnues et jugées, ou sur celles qu'il suppose à M. Broussais et à ses sectateurs. Quelle est donc la doctrine que M. Bolu-Grillet veut substituer à celle qu'il pense avoir détruite de fond en comble; on peut le deviner d'après le titre de son livre, c'est *l'ecclectisme*, mot magique qu'on fait résonner de tous côtés, à l'Ecole, à l'Académie, sans l'entendre et sans s'entendre! Voici un échantillon de l'ecclectisme de notre auteur. « Comment se mêler de traiter ses semblables, sans admettre ni les constitutions médicales, ni les crises, ni les altérations de sécrétions, ni les viciations de matières sécrétées, ni les névroses, ni les réactions de l'organisme contre ce qui lui nuit..... » Son ecclectisme consiste presque partout à choisir les erreurs les plus déconsidérées, à admettre une étiologie humorale hypothétique, à baser le traitement des maladies sur des faits mal appréciés et sur des idées le plus souvent conjecturales. C'est ici une bile âcre, caustique, rongeante, des coups, des chutes, un travail excessif, des répercussions d'humeur perspiratoire, qui sont les causes les plus fréquentes de l'hépatite, etc.; c'est encore le rachitisme qui affecte de préférence les sujets qui ont des nourrices trop vieilles, ou qui sucent un lait de mauvaise qualité, et qui se guérit à la longue par la puissance de la vie, par l'usage d'un lait mieux choisi, etc., voilà ce que démontrent évidemment la raison et l'expérience......... Nous regrettons de ne pas retrouver la page où se trouve un curieux parallèle entre l'ecclectisme et la doctrine physiologique, dont nous ne nous rappelons que quelques traits : « Le physiologiste ne se montre pas avare des émissions sanguines; l'ecclectique ne prodigue pas

les saignées, il se règle sur la force du pouls et de l'artère..... » Enfin, comme modèle de précision et d'exactitude dans la description des maladies, on n'a qu'à lire, au milieu de tant d'autres semblables, le chapitre relatif à la paralysie, commençant par ces mots : « 'Quel spectacle nous offrent les cordons nerveux, etc. » Nous regrettons d'avoir à condamner aussi sévèrement un homme instruit et sans doute estimable, dont la principale faute est de n'avoir pas consulté ses forces. Nous l'eussions fait avec plus de réserve si, par esprit de parti, l'on n'eût pas osé louer son livre dans quelques journaux.

Manuel de clinique médicale, contenant la manière d'observer en médecine, les divers moyens d'explorer les maladies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, etc.; suivi d'un exposé des signes des maladies, et d'un précis d'anatomie pathologique; par MARTINET, *agrégé près la Faculté de Médecine de Strasbourg, etc., etc.* 3.e *édit., revue, corrigée et augmentée. Paris*, 1830, *in*-18, 532 *p. Chez Gabon.*

Nous avons rendu compte de la deuxième édition de ce manuel (*Archives*, T. XII, p. 155); cette troisième édition, qui ne diffère de la précédente que par de légers changemens et quelques additions, mérite à-peu-près les mêmes éloges et les mêmes reproches. L'auteur a modifié le chapitre consacré aux fièvres. Ce chapitre ne se compose plus que du typhus, de la fièvre jaune, de la peste, et des fièvres intermittentes et rémittentes; les fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, etc., en ont disparu. Plusieurs omissions pourraient être notées; mais ce n'est pas sous ce rapport que pèche principalement le manuel de clinique médicale. Nous croyons qu'il est bien loin de remplir le but que son titre lui suppose. La première partie, celle qui concerne les généralités sur le diagnostic, est bonne et convenable; mais la deuxième partie, qui est consacrée au diagnostic spécial, aux signes qui doivent faire reconnaître chacune des maladies et aux altérations organiques qui les constituent, a trop peu d'étendue : tous les détails dont elle se compose sont renfermés dans le même nombre de pages à-peu-près que la première partie; une foule de maladies sont méconnaissables, tant la description en est étranglée. Les chapitres dans lesquels sont traitées les différentes maladies de la peau, surtout, ne sont pas à la hauteur de la science. Au lieu de l'indication assez insignifiante des maladies avec lesquelles peut se confondre l'affection que l'on vient de décrire, mieux vaudrait, ce nous semble, signaler les caractères distinctifs, le diagnostic différentiel, comme on l'appelle, de chaque maladie. Le Manuel de clinique médicale pourrait alors être réellement utile aux jeunes mé-

decins qui ont besoin d'un guide pour se former au diagnostic. Quoi qu'il en soit, ce petit livre, tel qu'il est, doit être distingué d'une foule d'abrégés et de manuels dont on encombre la science, et dont la sécheresse n'est point compensée par l'exactitude remarquée généralement dans celui que nous annonçons. C'est sans doute à cette qualité, qui a certainement un grand mérite, qu'il doit l'accueil que les étudians lui ont fait, et feront encore à cette troisième édition.

De l'opération médicale du recrutement et des inspections générales, ouvrage dans lequel on traite toutes les questions d'aptitude et d'incapacité pour le service militaire; par A. H. Coche, *D. M., chirurgien-major en non activité. Paris*, 1829, *in*-8.° *pp.* 343. *Chez Rouen frères.*

Cet ouvrage, qui manquait dans la littérature médicale, est un bon traité de la matière. Il sera consulté avec fruit par tous les médecins, soit militaires, soit civils, qui sont appelés à prononcer sur les conditions des exemptions et des réformes de service militaire. L'auteur y a consigné les résultats d'une expérience personnelle, en même temps qu'il s'y montre instruit de tous les progrès de la science. Dans la première partie de son livre, il donne de très-bonnes considérations sur l'âge et la constitution qui rendent le soldat propre au service qu'on en attend. L'âge de 18 ans, époque à laquelle l'économie n'a pas acquis son entier développement, lui semble avec raison prématuré pour les enrôlemens volontaires.—Dans les autres parties, l'auteur parcourt et commente le tableau réglementaire des cas d'exemption et de réforme. Il examine les maladies qui forment ce tableau dressé par les inspecteurs du service militaire de santé; il donne les signes auxquels on peut les reconnaître; décrit les moyens à l'aide desquels on cherche à les *simuler*, et indique dans le même chapitre les circonstances où l'on peut tenter de les *dissimuler*.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la série de détails qui composent son livre, et dans l'examen desquels il montre généralement un bon esprit. Toutefois nous lui reprocherons d'avoir trop souvent mêlé des discussions théoriques au milieu d'objets tout positifs. Le nom de M. Broussais y est fréquemment prononcé, et l'on voit que M. Coche a écrit sous les inspirations un peu absolues de la doctrine physiologique: quelquefois aussi tranche-t-il des questions douteuses, et en résout-il dans un sens conforme aux idées de l'école de M. Broussais, certaines qui ont reçu des progrès de la science une solution tout opposée. Nous croyons encore que M. Coche demande avec trop de rigueur que l'on constate la lésion organique, dans les cas d'exemptions ou de reforme du service militaire. C'est un fort bon

principe assurément, mais qu'il serait difficile d'appliquer toujours aussi sûrement que paraît le croire cet auteur. Il nous paraît aussi avoir un peu trop de foi aux résultats de l'auscultation médiate dans les maladies de poitrine : il a raison de demander que pour chercher à les constater, on se serve toujours du stéthoscope ; mais il y aurait souvent injustice et inconvénient grave à attendre une réponse décisive de cet instrument, pour exempter un conscrit ou réformer un soldat. Dans combien de cas où le stéthoscope ne donne que des signes douteux ou n'en fournit aucun, les symptômes seuls ne suffisent-ils pas pour dénoncer une maladie grave ou incurable ; et ne vaut-il pas mieux s'exposer à délivrer une exemption ou une réforme non méritée, que de voir une maladie s'exaspérer cruellement par un service qui doit en hâter les progrès. Malgré ces légers reproches, nous n'en croyons pas moins le livre de M. Coche digne de beaucoup d'estime, et nous le répétons, il mérite d'être lu et étudié.

Traité pratique de chimie appliquée aux arts et manufactures, à l'hygiène et à l'économie domestique ; par S. F. Gray ; *traduit de l'anglais, considérablement augmenté, et mis en harmonie avec nos besoins, nos usages et les matières que nous pouvons employer, accompagné de* 100 *planches, par* T. Richard. *Paris*, 1829, *in*-8.°, Chez Ancelin.

L'ouvrage que nous annonçons n'entre que par quelques points dans nos attributions ; et le titre, plus que l'analyse que nous pourrions en faire, donnera à nos lecteurs l'idée qu'ils doivent s'en former. Composé dans un but essentiellement pratique, ce Traité de chimie conviendra à tous ceux qui s'intéressent aux procédés des arts industriels. Ils pourront y puiser tous les documens qu'on peut désirer sur ces matières. Chaque sujet y est traité avec méthode et clarté. La théorie n'y entre que pour une part extrêmement restreinte, pour celle dont on ne pouvait se dispenser sans nuire à l'intelligence des matières. Le médecin dont la science touche à tout ce qui peut agir sur la santé de l'homme, devait y trouver nécessairement un grand nombre d'articles immédiatement applicables à l'hygiène ; ainsi, il pourra mettre à profit des détails intéressans, parsemés dans les trois volumes du Traité pratique de chimie, sur les combustibles et sur les appareils pour le chauffage des habitations ; sur les divers moyens d'éclairage ; sur la ventilation des appartemens, des hôpitaux, etc. ; sur l'eau et les eaux minérales ; sur diverses substances qui servent d'alimens, telles que les substances amylacées dont on peut faire le pain ; sur le lait et ses produits, le beurre et les fromages ; sur les liqueurs fermentées, etc., etc.

FIN DU VINGT-TROISIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-TROISIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

